

seminarios y conferencias

Elementos para la
consolidación de la Red
nacional de cuidado de las
personas adultas mayores
en Costa Rica

Pablo Sauma



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo



seminarios y conferencias

E

lementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica

Pablo Sauma

División de Desarrollo Social
Santiago de Chile, abril de 2011



Este documento fue preparado por Pablo Sauma, consultor, bajo la dirección de Ana Sojo, Oficial de asuntos sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de la asesoría técnica respecto de la red de cuidado que brinda la CEPAL al Gobierno de la República de Costa Rica. El estudio se efectuó dentro de un proyecto ejecutado por la CEPAL en conjunto con la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), y financiado por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ).

Una versión preliminar se presentó en el Seminario Internacional “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, organizado por la CEPAL y la Presidencia de la República de Costa Rica, en San José, Costa Rica, el 22 y 23 de noviembre de 2010, con el auspicio de la GIZ y del Instituto Mixto de Ayuda Social de Costa Rica.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de responsabilidad exclusiva del autor y pueden no coincidir con las de las organizaciones mencionadas.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN: 1680-9033

ISBN: 978-92-1-121778-0

LC/L.3323-P

N° de venta: S.10.II.G.42

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2011. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Introducción	5
I. Un vistazo a la magnitud y principales características de la población adulta mayor en Costa Rica	9
II. La oferta de servicios de cuidado para las personas adultas mayores	19
A. Identificación de los establecimientos que brindan los servicios considerados	23
B. Caracterización de los establecimientos sin fines de lucro.....	24
C. Caracterización de los establecimientos con fines de lucro.....	30
III. Costo de atención de los adultos mayores en las OBS y su financiamiento	33
A. Costo de atención en los establecimientos sin fines de lucro ...	33
B. Estructura de financiamiento de las OBS	34
C. El financiamiento estatal	36
IV. Contexto global, la propuesta de CONAPAM y la experiencia internacional	39
A. Contexto global	39
B. La propuesta de CONAPAM “Red de atención progresiva para el cuidado integral”	42
C. Algunos aspectos relevantes de la experiencia internacional ...	44
V. Recomendaciones específicas para consolidar la Red nacional de cuidado para las personas adultas mayores	49
Bibliografía	57
Anexo	59
Serie seminarios y conferencias: números publicados	73

Índice de cuadros

CUADRO 1	COSTA RICA: POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN REGIÓN DE RESIDENCIA, 1990, 2000 Y 2009	11
CUADRO 2	COSTA RICA: PORCENTAJE DE HOGARES CON POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 1990, 2000 Y 2009	11
CUADRO 3	COSTA RICA: MONTO DE LA PENSIÓN MÍNIMA DE IVM Y TASA DE CRECIMIENTO REAL, ENERO Y JULIO 2006-2010	14
CUADRO 4	COSTA RICA: PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS Y MÁS) QUE PERCIBEN PENSIÓN POR TIPO DE PENSIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA, 2009	15
CUADRO 5	COSTA RICA: PORCENTAJE DE HOGARES QUE TIENEN ENTRE SUS MIEMBROS A UNA PERSONA ADULTA MAYOR (65 AÑOS Y MÁS) QUE PERCIBE PENSIÓN, POR TIPO DE PENSIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA, 2009	15
CUADRO 6	COSTA RICA: PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS RESIDENTE EN SUS HOGARES, ESTIMADA A PARTIR DE LA DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD), 2005	17
CUADRO 7	COSTA RICA: CANTIDAD DE HOGARES Y CENTROS DIURNOS POR PROVINCIA Y BENEFICIARIOS SEGÚN SEXO, 2010	24
CUADRO 8	COSTA RICA: HOGARES Y CENTROS DIURNOS SEGÚN POBLACIÓN ATENDIDA, 2010	25
CUADRO 9	COSTA RICA: SERVICIOS ESPECIALIZADOS BRINDADOS EN HOGARES Y CENTROS DIURNOS, 2010	28
CUADRO 10	COSTA RICA: NECESIDADES IDENTIFICADAS DE UNA MUESTRA DEL 10% DE LOS HOGARES Y CENTROS DIURNOS, 2010	29
CUADRO 11	COSTA RICA: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE LAS OBS ENTREVISTADAS	35
CUADRO 12	COSTA RICA: RECURSOS DESTINADOS A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR LA JPS Y CONAPAM, 2009	38

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	COSTA RICA: ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS, POR AÑOS QUINQUENALES, 2000-2050 (EN MILES DE PERSONAS)	10
GRÁFICO 2	COSTA RICA: PORCENTAJE QUE REPRESENTA LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL, POR AÑOS QUINQUENALES, 2000-2050	10
GRÁFICO 3	COSTA RICA: INCIDENCIA DE LA POBREZA EN LOS HOGARES, 2004-2009	13
GRÁFICO 4	COSTA RICA: PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 18 A 64 AÑOS QUE COTIZA A UN RÉGIMEN DE PENSIONES, POR EDADES SIMPLES, 2009	16

Introducción

Desde hace muchos años Costa Rica ha vivido un acelerado proceso de transición demográfica que está determinado, entre otros factores, por la reducción en la tasa de natalidad y por la mejoría de las condiciones de salud y de educación de la población que se refleja en un importante aumento en la esperanza de vida al nacer. La población de 65 años y más —denominada en adelante ‘adulto mayor’— ha venido aumentando y continuará haciéndolo, tanto en términos del número de personas, como de su peso relativo. En 2010, cerca de 300 mil personas eran parte de ese grupo poblacional, lo que representó un 6,6% de la población total. Para 2025 se estima que serán 600 mil; es decir, 11,5% de la población total.

Este proceso de transición demográfica y envejecimiento de la población tiene diversas consecuencias. Entre las más importantes se encuentran los denominados bonos demográficos, relacionados con el aumento en el número de personas activas en el mercado de trabajo respecto a las personas dependientes, así como con su productividad. Otra importante es su incremento en la demanda de servicios de atención de la salud, así como de servicios especializados, entre los que se incluye el cuidado. También se debe considerar, para quienes ya dejaron de trabajar, una mayor dependencia de las pensiones, los ahorros, del apoyo de la familia o de las transferencias del gobierno.

El país ha venido ejecutando diversas acciones para garantizar condiciones de vida favorables para esta población, entre las que destaca la promulgación de la Ley Integral para la Persona Adulto Mayor de 1999 (No. 7935), que garantiza el cumplimiento de derechos y beneficios.

La misma ley crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, encargado de formular las políticas y los planes nacionales en la materia.

Se ejecutan además una serie de programas sociales, entre los que resalta el de pensiones del régimen no contributivo. También hay servicios específicos brindados por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), tanto en la atención de la salud propiamente, como en la parte de preventiva. Sobresale igualmente la asignación de fondos públicos para su atención en hogares de ancianos, albergues y centros diurnos administrados por las denominadas Organizaciones de Bienestar Social (OBS). Sin embargo, un número aún indeterminado —pero que se sabe que es elevado— de personas adultas mayores no tienen acceso a servicios de atención integral acordes con su situación, especialmente aquellos que han sido abandonados o que carecen de una familia que los cuide y los atiende y los que forman parte de hogares en situación de pobreza.

La Administración Chinchilla Miranda (2010-2014) ha definido entre sus prioridades impulsar la conformación de una red nacional de cuidado para personas adultas mayores, que incluya los programas existentes de atención y recreación diurna, así como el diseño y puesta en marcha de nuevos modelos de atención integral —especialmente para aquellas en situación de pobreza— y haciendo las inversiones requeridas para formar los recursos humanos especializados necesarios.

La presente consultoría nace como un aporte de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con el auspicio de la Sociedad Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ), al Gobierno de la República de Costa Rica, y tiene como objetivo principal brindar elementos de apoyo para la consolidación de la Red Nacional de Cuido para Personas Adultas Mayores.

Para el logro de ese objetivo general, se proponen seis objetivos específicos:

- i) Identificar y caracterizar la oferta de programas de cuidado para personas adultas mayores considerando tanto iniciativas públicas como privadas y mixtas (hogares, albergues y centros diurnos).
- ii) Identificar los costos de prestación de los servicios de cuidado de la población adulta mayor (hogares, albergues y centros diurnos).
- iii) Hacer una investigación preliminar sobre el estado actual y requerimientos en infraestructura para el cuidado de la población adulta mayor en situaciones especiales (hogares, albergues y centros diurnos).
- iv) Identificar y caracterizar la oferta de otros programas de atención de la población adulta mayor (recreación, etc.).
- v) Analizar la situación general en materia de recursos humanos especializados en la atención integral de la población adulta mayor (asistentes, técnicos y profesionales en áreas prioritarias).
- vi) Formular propuestas para que en un plazo de tiempo razonable se logren avances significativos en la consolidación de la red nacional de cuidado, incluyendo posibles innovaciones en la atención de esta población.

El estudio enfatiza elementos a tomar en cuenta para una adecuada planificación y desarrollo futuro de la Red Nacional de Cuido para las personas adultas mayores y realiza algunas recomendaciones específicas en ese sentido. Entre ellas, que el modelo de atención considere de forma explícita los diferentes niveles de dependencia de esta población.

A tal fin se rescatan investigaciones y propuestas realizadas en el país, se procesa y analiza información nacional adicional, y se consideran lecciones relevantes de la experiencia internacional.

El informe se divide en cinco capítulos. En el primero se realizan algunas consideraciones sobre la magnitud y principales características de la población adulta mayor. En el segundo se analiza la oferta de servicios formales de cuidado para las personas adultas mayores, incluyendo lo referente a la infraestructura. En el tercero se consideran los costos y el financiamiento de los servicios de cuidado brindados por las OBS. Por su parte, el contexto global nacional, la propuesta del CONAPAM denominada “Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica” y aspectos de la experiencia internacional que pueden ser relevantes para la definición de la política nacional, se consideran en el cuarto capítulo. Finalmente, se realizan recomendaciones específicas para la consolidación de la Red Nacional de Cuido para las personas adultas mayores.

El autor desea agradecer el apoyo a lo largo de toda la consultoría y los valiosos comentarios a versiones preliminares del informe realizados por Ana Sojo, Oficial de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la CEPAL. También los importantes aportes brindados por los expertos nacionales e internacionales que participaron en el Seminario Internacional “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, realizado en San José, el 22 y 23 de noviembre del 2010¹, en el mismo marco de colaboración de la CEPAL y la GIZ, algunos de los cuales se consideran explícitamente a lo largo del documento. Se agradecen los comentarios a la presentación en el seminario del informe preliminar de esta consultoría realizados por Emiliana Rivera, Directora Ejecutiva de CONAPAM, y por Marisol Rapso, Directora del Programa Institucional para el Adulto Mayor de la Universidad de Costa Rica. Además, a Yajaira Ceciliano su apoyo en las visitas a las OBS. No sobra destacar, sin embargo, que las opiniones expresadas en el presente documento reflejan puntos de vista personales del autor, y de ninguna forma comprometen a las personas y organizaciones mencionadas.

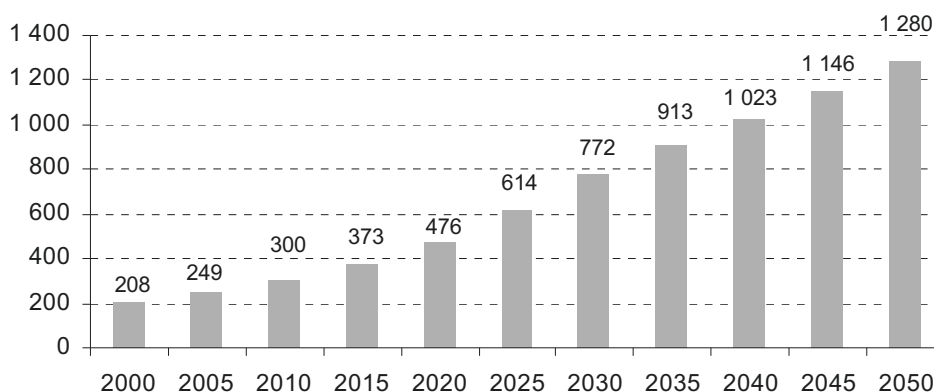
¹ Las intervenciones pueden consultarse en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/dds/noticias/paginas/3/41413/P41413.xml&xml=/dds/tpl/p18f.xml&base=/dds/tpl/top-bottom.xml>.

I. Un vistazo a la magnitud y principales características de la población adulta mayor en Costa Rica

Como se mencionó en la introducción, la población de 65 años y más, en adelante ‘adulta mayor’, ha venido aumentando y continuará haciéndolo tanto en términos del número de personas, como de su peso relativo dentro de la población total. Esta situación es resultado del proceso de transición demográfica que ha vivido el país desde hace muchos años, determinado, entre otros, por una mejoría en las condiciones de vida de la población especialmente relacionadas con la salud y la educación, y que se refleja en un importante aumento en la esperanza de vida al nacer, así como una fuerte reducción en la tasa de natalidad.

Considerando el pasado más reciente, el número de personas adultas mayores en el país aumentó de poco más de 200 mil en el año 2000, a cerca de 300 mil en el 2010, y se estima que este número se duplicará para el 2025, y nuevamente para el 2050 (gráfico 1).

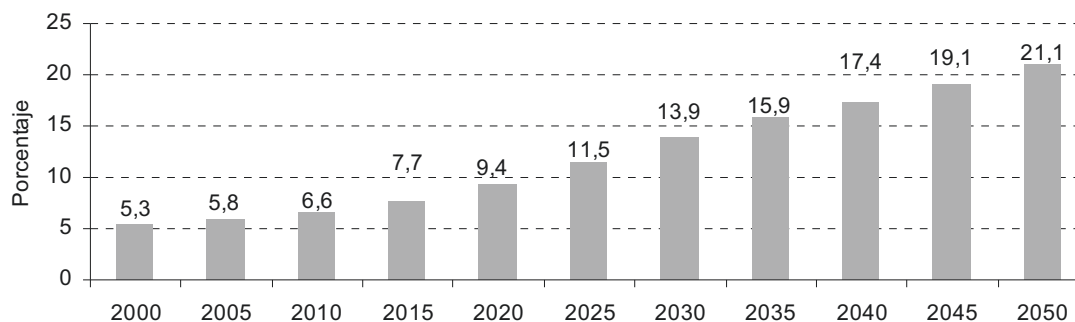
GRÁFICO 1
COSTA RICA: ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS,
POR AÑOS QUINQUENALES, 2000-2050
(En miles de personas)



Fuente: INEC y CCP (2008).

Respecto a la población total, las personas adultas mayores representaban un 5,3% en el 2000, aumentando a 6,6% en el 2010, participación que prácticamente se duplicará para el 2025 — en que serán un 11,5% de la población total— y nuevamente en el 2050, año para el cual alcanzarán un 21,1%. En este último año prácticamente uno de cada cinco habitantes del país será un adulto mayor (gráfico 2).

GRÁFICO 2
COSTA RICA: PORCENTAJE QUE REPRESENTA LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS RESPECTO A LA
POBLACIÓN TOTAL, POR AÑOS QUINQUENALES, 2000-2050



Fuente: INEC y CCP (2008).

Es claro entonces que el país está viviendo un proceso paulatino, pero creciente, de envejecimiento de su población, que requiere atención de parte de la política pública — especialmente, su apropiada y oportuna planificación— con el fin de garantizar una adecuada calidad de vida a esta población, tanto en la actualidad como en el futuro.

En los últimos años se han realizado diversos estudios sobre la población adulta mayor del país, los cuales incluyen caracterizaciones detalladas. Entre ellos destaca el Primer Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (CCP y CONAPAM, 2008). Escapa al interés del presente realizar una caracterización completa de esta población —para lo cual puede consultarse el mencionado informe—, pero sí es relevante destacar y ampliar sobre algunas características que permiten cumplir el objetivo propuesto para la consultoría. Además, a diferencia de otros estudios que

son muy puntuales o consideran solamente el pasado más reciente, se analiza aquí la evolución temporal (1990, 2000, 2009), lo cual resulta en algunas previsiones sobre la situación futura.

Las encuestas de hogares captan información sobre las personas adultas mayores que residen en sus hogares, y no a los que lo hacen en hogares colectivos, como los hogares de ancianos, muestran que prácticamente dos de cada tres personas adultas mayores residen en la región Central del país, proporción que ha venido aumentando lentamente desde 1990 (cuadro 1). CCP y CONAPAM (2008) destacan una elevada concentración en algunos cantones de la región Central, pues cuatro cantones —San José, Alajuela, Desamparados y Cartago— concentran alrededor de 25% de la población adulta mayor. Inclusive destacan que la mitad de las personas adultas mayores del país residen en tan solo quince cantones.

En 1990 la región Chorotega ocupaba el segundo lugar en cantidad de personas adultas mayores en el país, con casi un 10% del total, posición que en el año 2009 pasó a ocupar la región Huetar Atlántica, que presenta la mayor tasa de crecimiento anual de esta población, 5,6% en promedio para 1990-2009, inclusive superior a la mostrada por la región Central (4,9% —cuadro 1). Este resultado es relevante para efectos de planificación de los servicios para esta población.

CUADRO 1
COSTA RICA: POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN REGIÓN DE RESIDENCIA, 1990, 2000 Y 2009
(En personas y porcentajes)

Región	Personas			Distribución relativa			Tasa de crecimiento anual
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	
total	141 916	221 917	330 723	100,0	100,0	100,0	4,6
Central	92 509	151 351	230 061	65,2	68,2	69,6	4,9
Chorotega	13 852	19 228	23 123	9,8	8,7	7,0	2,7
Pacífico Central	9 441	11 256	16 922	6,7	5,1	5,1	3,1
Brunca	11 238	14 504	21 918	7,9	6,5	6,6	3,6
Huetar Atlántica	9 151	15 909	25 777	6,4	7,2	7,8	5,6
Huetar Norte	5 725	9 669	12 922	4,0	4,4	3,9	4,4

Fuente: Estimación propia a partir de las encuestas de hogares 1990, 2000 y 2009.

El aumento en la población adulta mayor del país se refleja también en la composición de los hogares. Paulatinamente crece el porcentaje de hogares que incluye personas de este grupo de edad entre sus miembros, como se refleja en el cuadro 2, alcanzando un 19,9% en el 2009, esto es, en uno de cada cinco hogares del país. También se incrementa el porcentaje de hogares con dos o más personas adultas mayores, que llega a 5,7% en el 2009.

CUADRO 2
COSTA RICA: PORCENTAJE DE HOGARES CON POBLACIÓN ADULTA MAYOR, 1990, 2000 Y 2009

	1990	2000	2009
Hogares con PAM			
con al menos 1	17,4	18,4	19,9
con 2 o más	4,6	5,2	5,7
Hogares solamente PAM			
del total de hogares	3,4	4,3	6,0
de hogares con PAM	19,4	23,4	29,9

Fuente: Estimación propia a partir de las encuestas de hogares 1990, 2000 y 2009.

Por otra parte, llama la atención el fuerte y sostenido incremento del porcentaje de hogares compuestos solamente por adultos mayores, que pasó de 3,4% del total de hogares del país en 1990, a un 6% en el 2009 (cuadro 2). Este tipo de hogares también destaca dentro del total de hogares que tienen al menos un miembro de ese grupo de edad.

En todos los casos anteriores, se debe esperar que el comportamiento observado continúe en el tiempo, de forma gradual, pero creciente. Una estimación conservadora, suponiendo que la atención de la población adulta mayor en hogares de ancianos crece al mismo ritmo que lo ha hecho en los últimos 10 años, arroja que para el 2025 en prácticamente uno de cada cuatro hogares costarricenses (25%) habrá una persona adulta mayor (en un 7% de los hogares más de una persona de este grupo de edad), y que poco más de un 10% del total de hogares del país estará conformado solamente por personas adultas mayores —lo que representa cerca de un 45% del total de hogares que cuentan con personas adultas mayores entre sus miembros.

Como se verá más adelante, hasta la fecha su cuidado en el país ha estado a cargo principalmente de las familias —y dentro de ellas centrado particularmente en las mujeres—. Un aspecto relevante de la dinámica demográfica es la reducción del tamaño de las familias, lo cual desde la perspectiva del modelo vigente plantea a futuro el problema de la reducción en el número de cuidadores potenciales en las familias. Utilizando las encuestas de hogares 1990, 2000 y 2009 para conocer la magnitud del fenómeno, se comprueba que el tamaño promedio de los ‘hogares con personas adultas mayores en que además hay miembros que no son adultos mayores’ se redujo de 4,6 a 4,2 y luego a 3,9 miembros en cada uno de los años respectivos. Dado que el número promedio de personas adultas mayores en esos hogares se ha mantenido constante a lo largo del tiempo en 1,2, el número de cuidadores potenciales se reduce entonces de 3,4 a 3,0 y 2,6 respectivamente, dando clara cuenta del fenómeno. Debe considerarse que muchas de estas personas adultas mayores a su vez actúan como cuidadores dentro del núcleo familiar, especialmente de los niños y niñas de menor edad. Sin embargo, un aspecto relevante es que el número promedio de niños y niñas en esa situación en los hogares considerados (con personas adultas mayores) también se ha venido reduciendo. El número promedio pasa de 0,8 a 0,6 y a 0,4 respectivamente.

Entonces, el panorama futuro muestra para el país una mayor cantidad (absoluta y proporcional) de hogares con personas adultas mayores, e inclusive un aumento de los hogares conformados solamente por adultos mayores, y una reducción en el número de cuidadores potenciales en aquellos donde conviven personas adultas mayores y de otras edades.

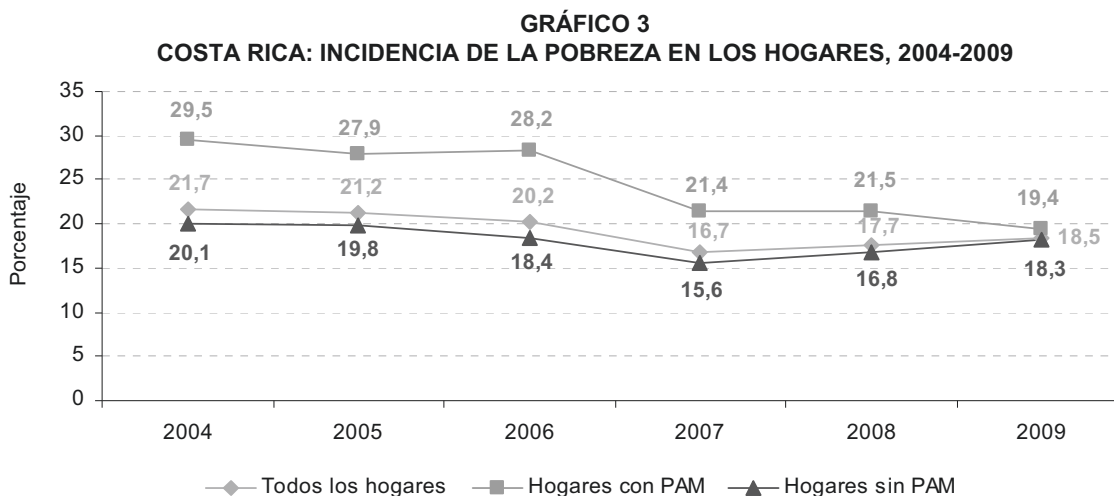
Población adulta mayor, pobreza y pensiones

La situación de pobreza que enfrenta la población adulta mayor es otro aspecto relevante. La incidencia de la pobreza —vista como una situación de ingresos insuficientes— es mayor entre los hogares con personas adultas mayores, aunque a partir del año 2007 la brecha se comienza a reducir (gráfico 3).

Entre los años 2004 y 2006 la pobreza afectó, en promedio, a un 28,5% de los hogares con personas adultas mayores, y a un 19,4% de los hogares sin ellos, esto es, una significativa diferencia de 9 puntos porcentuales. Sin embargo, entre los años 2007 y 2009 la incidencia se redujo a un promedio de 20,8% entre los hogares con personas adultas mayores, y a 16,9% entre los que no tienen población de esta edad, reduciéndose la brecha a apenas 4 puntos porcentuales. Lo que es más, en el año 2009 la brecha fue de apenas 1 punto porcentual (gráfico 3).

Pero más relevante que la reducción de la brecha en la incidencia de la pobreza entre ambos grupos de hogares, es la reducción en la incidencia de la pobreza entre los hogares con personas adultas mayores, que fue de casi 8 puntos porcentuales (al pasar de 28,5% en promedio 2004-2006

a 20,8% en promedio 2007-2009), con una incidencia mínima de 19,4% en el 2009, según se desprende del gráfico 3.



Fuente: Estimación propia con las encuestas de hogares.

La reducción en la incidencia de la pobreza entre los hogares con personas adultas mayores está directamente relacionada con el aumento en el monto y número de pensiones no contributivas, así como con el aumento en el monto mínimo de las pensiones contributivas que otorga la CCSS.

En el caso de las pensiones del Régimen no contributivo (RNC), a partir de agosto del 2006 el monto mensual de la pensión fue duplicado, de 17.500 colones a 35.000 colones (por lo que su impacto no se refleja en los resultados de la encuesta de hogares 2006, cuyo trabajo de campo fue realizado en julio). Posteriormente se dieron nuevos aumentos: a 50.000 colones mensuales a partir de junio 2007, a 57.500 colones a partir de marzo del 2008, a 66.125 colones a partir de febrero del 2009, y a 70.125 colones a partir de enero del 2010 (el impacto de este último se reflejará en la estimación de pobreza del año 2010). Además, el número de pensiones otorgadas pasó de 74.219 en diciembre del 2005, a 83.438 en diciembre del 2009 (CCSS, 2010a). Debe tomarse en cuenta que no todas las pensiones del RNC se destinan a personas adultas mayores, pues también benefician a personas con invalidez que no tienen derecho a una pensión contributiva, así como viudas y huérfanos. En los últimos años cerca de un 60% del total de estas pensiones ha correspondido a personas adultas mayores².

Una estimación del impacto de las pensiones no contributivas comparando la situación de los hogares 'con pensión - sin pensión' muestra que entre el 2007 y el 2009 el programa redujo la pobreza entre todos los hogares del país en cerca de 2 puntos porcentuales (Programa Estado de la Nación, 2010).

Por su parte, las pensiones contributivas del IVM también sufrieron importantes aumentos en algunos momentos del período estudiado, que coinciden con reducciones en la pobreza. Para efectos del presente se considera el monto mínimo de la pensión otorgada por ese régimen (cuadro 3), que según la CCSS (2010b) perciben el 50% del total de pensionados³.

Como se aprecia en el cuadro 3, en julio del 2006, julio del 2007 y enero del 2009, el monto mínimo de la pensión de IVM aumentó significativamente en términos reales (10% o más), lo cual,

² No existe ni en las leyes ni en los reglamentos relacionados una indicación sobre la forma como deben ser distribuidos los recursos entre los diferentes tipos de beneficiarios, por lo que la práctica institucional ha consistido en mantener esos porcentajes.

³ Por tipo de riesgo, un 65% de las pensiones de invalidez, un 43% de las pensiones de vejez, y un 43% en el caso de las pensiones de muerte. Estos porcentajes corresponden a diciembre del 2009, pero son muy estables en el tiempo.

junto con el incremento en el monto y número de las pensiones no contributivas, incidió en la reducción observada en la incidencia de la pobreza entre los hogares que cuentan con personas adultas mayores entre sus miembros.

CUADRO 3
COSTA RICA: MONTO DE LA PENSIÓN MÍNIMA DE IVM Y TASA DE CRECIMIENTO REAL,
ENERO Y JULIO 2006-2010

	Monto pensión mínima		% de crecimiento real
	Colones	Colones de julio 2006 ^a	
enero 2006	50 500	53 052	1,8
julio 2006	60 000	60 000	13,1
enero 2007	65 000	62 530	4,2
julio 2007	75 000	68 966	10,3
enero 2008	82 500	71 789	4,1
julio 2008	86 625	69 769	-2,8
enero 2009	100 000	76 664	9,9
julio 2009	101 220	76 260	-0,5
enero 2010	104 054	75 725	-0,7
julio 2010	107 613	76 718	1,3

Fuente: CCSS y estimación propia.

^a Deflatada con el IPC del mes correspondiente.

Debe quedar claro que la reducción en la pobreza a nivel de todos los hogares en general y en particular entre los que tienen entre sus miembros al menos una persona adulta mayor, no se explica únicamente por lo acontecido con las pensiones, pues también juegan un papel relevante el empleo y los ingresos laborales percibidos por los miembros de los hogares, así como otros ingresos no laborales —excluyendo las pensiones—, como las remesas y las rentas de la propiedad. Sin embargo, en el caso de los hogares con personas adultas mayores, se puede presumir que una parte muy significativa de la reducción en la pobreza se dio por la vía de las pensiones.

Es importante destacar también que si bien entre los años 2007-2009 aumentó el porcentaje de hogares con personas adultas mayores “vulnerables a la pobreza por insuficiencia de ingresos” —definidos aquí como aquellos hogares cuyo ingreso familiar per cápita se ubica entre 1 y 1,4 líneas de pobreza—, ese incremento fue de apenas 2 puntos porcentuales (el porcentaje de hogares con personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad pasó de un promedio cercano a 12% en 2004-2006 a cerca de 14% como promedio 2007-2009), bastante inferior a los 8 puntos porcentuales de reducción en la incidencia de la pobreza, poniendo en evidencia que el aumento en el ingreso de estos hogares fue muy fuerte, al punto que muchos de ellos superaron el límite aquí definido de la vulnerabilidad. No obstante, para mantener esta situación se plantea el reto de que los ajustes a los montos de las pensiones al menos compensen la inflación.

Al respecto, se debe resaltar que las pensiones del régimen no contributivo ya alcanzaron el límite de crecimiento que se podría llamar “autónomo”, pues para no desestimar la contribución al IVM, la CCSS acordó en el 2009 que el monto de las pensiones del RNC no podría ser superior a un 66,6% de la pensión contributiva mínima. Dado que en el momento del acuerdo se daba esa relación, en adelante los ajustes a los montos de las pensiones del RNC quedan supeditados a los ajustes a las pensiones mínimas de IVM. Debe tomarse en cuenta también que buena parte de los recursos con que se financian las pensiones no contributivas son fiscales, por lo que aumentos en el monto o cobertura de dichas pensiones se ven afectados por la situación fiscal general.

A partir de la encuesta de hogares, se estima que en el 2009 un 60,6% de las personas adultas mayores del país recibían una pensión, un 42,4% contributiva y un 18,2% no contributiva (cuadro 4).

Por situación de pobreza, solamente la mitad de las personas adultas mayores pobres cuentan con una pensión, mientras que prácticamente dos de cada tres no pobres las perciben. Como se esperaba, las pensiones no contributivas son relativamente más importantes para las personas adultas mayores pobres.

CUADRO 4
COSTA RICA: PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES (65 AÑOS Y MÁS) QUE PERCIBEN PENSIÓN POR TIPO DE PENSIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA, 2009

	Total con pensión	Contributiva	No contributiva
Total	60,6	42,4	18,2
Pobres	49,8	24,8	25,0
No pobres	65,0	47,8	17,2
Ignorado	47,7	36,5	11,1

Fuente: Estimación propia con la encuesta de hogares 2009.

Cuando se analiza la situación por hogares entre cuyos miembros hay personas adultas mayores la situación mejora, pues en un 71,5% de esos hogares al menos un adulto mayor percibe una pensión (cuadro 5). Lo que es más, prácticamente en la mitad de esos hogares al menos una persona adulta mayor percibe pensión contributiva, en un 20% no contributiva, y en un 2% ambas.

CUADRO 5
COSTA RICA: PORCENTAJE DE HOGARES QUE TIENEN ENTRE SUS MIEMBROS A UNA PERSONA ADULTA MAYOR (65 AÑOS Y MÁS) QUE PERCIBE PENSIÓN, POR TIPO DE PENSIÓN SEGÚN SITUACIÓN DE POBREZA, 2009

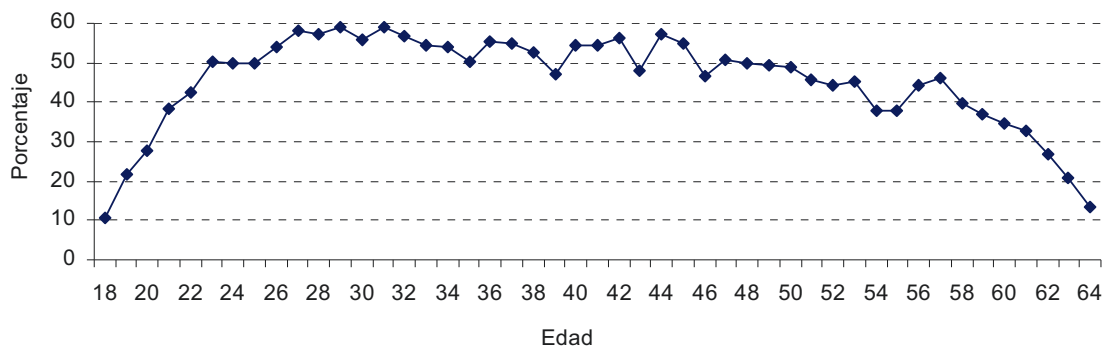
	Total con pensión	Solamente contributiva	Solamente no contributiva	Ambas
Total	71,5	49,4	20,1	2,0
Pobres	67,6	33,2	33,6	0,8
No pobres	74,3	54,1	18,0	2,2
Ignorado	54,9	42,0	9,9	3,0

Fuente: Estimación propia con la encuesta de hogares 2009.

Según esas cifras, hay todavía un porcentaje importante de hogares en situación de pobreza con personas adultas mayores que no perciben pensión contributiva ni no contributiva, resaltando la necesidad de realizar un esfuerzo aún mayor para ubicar esas personas y brindarles los apoyos que requieren, tanto en pensiones como otros.

Como se aprecia en el gráfico 4, en el año 2009 más de la mitad de la población con edades entre los 23 y los 50 años cotizaba a algún régimen de pensiones contributivas. A partir de los 51 años el porcentaje de población cotizante se comienza a reducir, con los menores niveles a partir de los 58 años. Por ello, se debe esperar una importante presión por las pensiones del régimen no contributivo en los próximos 10 años, pero posteriormente se podría esperar una reducción debido a que una mayor parte de la población adulta mayor tendrá derecho a una pensión contributiva.

GRÁFICO 4
COSTA RICA: PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 18 A 64 AÑOS QUE COTIZA A UN RÉGIMEN DE PENSIONES, POR EDADES SIMPLES, 2009



Fuente: Estimación propia con la encuesta de hogares 2009.

El comportamiento que describe ese gráfico es consistente con la ampliación y obligatoriedad de la cotización al régimen de IVM, así como con la ampliación del sector formal de la economía, y pone en evidencia que poco a poco aumentará la población con derecho a una pensión contributiva al finalizar su etapa laboral.

Una aproximación a los niveles de dependencia de la población adulta mayor

Un aspecto relevante para el cuidado de la población adulta mayor es el referente a su nivel de dependencia, factor determinante del tipo y complejidad de los servicios que se deben ofrecer. La Junta de Protección Social (JPS) en el “Manual de criterios para la distribución de recursos de la ley 8718”, define como persona dependiente “*aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental. Puede decirse que una persona mayor es dependiente cuando presenta una pérdida de su autonomía funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria.*”

La dependencia incluye aspectos físicos, sociales y mentales, y usualmente se definen diferentes niveles —desde leve o baja hasta severa o alta—, y su determinación es generalmente muy compleja, pues requiere una serie de valoraciones específicas (persona por persona), realizadas por personal especializado. Conocer los diferentes perfiles de dependencia según su complejidad es un aspecto clave para una adecuada planificación de los servicios que conforman la red de cuidado (por ejemplo, cuantos casos requieren un acompañamiento directo y constante de la persona adulta mayor, ya sea por parte de una persona o de institución que le suministre los cuidados).

Más adelante se profundiza en este tema y se plantean recomendaciones para una adecuada medición de esos perfiles. No obstante se consideró conveniente realizar una aproximación a partir de las actividades de la vida diaria —estas son, las acciones que cada persona realiza, tales como comer, vestirse, movilizarse, bañarse o usar el sanitario, que persiguen la satisfacción de necesidades básicas y autocuidado (CONAPAM, 2010)—.

Para la estimación se utiliza la base de datos de la primera ronda del proyecto “Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable (CRELES)” (Rosero-Bixby, Fernández y Dow, 2005)⁴. El grado de dependencia se determina en este caso a partir de la dificultad que muestran las

⁴ El objetivo general del estudio es determinar la duración y calidad de vida, y sus factores causales, de los adultos mayores costarricenses. Como parte del mismo se entrevistó una muestra representativa de la población nacional de 60 años y más residente en hogares individuales. La información aquí utilizada corresponde a la primera ronda de la encuesta, realizada en el 2005, y se excluyeron las personas con 60-64 años.

personas adultas para realizar actividades de la vida diaria (AVD), considerando tanto funciones básicas —específicamente acostarse/levantarse de la cama, bañarse, caminar, usar el inodoro, comer— como funciones instrumentales —hacer compras, tomar medicinas, cocinar, manejar dinero—.

Como se aprecia en el cuadro 6, prácticamente 7 de cada 10 personas adultas mayores (residentes en sus hogares) no presenta ninguna dificultad en realizar actividades de la vida diaria, mientras que 3 de cada 10 presentan dificultad en al menos una de ellas⁵.

Un 13,8% de las residentes en sus hogares presentan dificultad en la realización de una o dos AVD, lo cual puede considerarse como baja dependencia, un 8,1% dificultad en tres o cuatro AVD, es decir, una dependencia media, mientras que un 8,3% tienen dificultad para realizar 5 o más AVD, lo que implica una elevada dependencia.

Un aspecto relevante es que el grado de dependencia aumenta con la edad. Según la misma encuesta (cuadro 6), el promedio de edad de quienes no tienen ninguna dificultad para realizar las AVD aquí consideradas es de 72 años, mientras que para los que presentan la mayor dependencia es de 82 años (76 y 79 años respectivamente para los niveles intermedios de dependencia).

CUADRO 6
COSTA RICA: PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN DE 65 AÑOS Y MÁS
RESIDENTE EN SUS HOGARES, ESTIMADA A PARTIR DE LA DIFICULTAD PARA
REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD), 2005

Dificultad AVD ^a	% personas	Edad promedio
Todas las personas	100,0	74
Sin dificultad en AVD	69,9	72
Dificultad en 1 o 2 AVD	13,8	76
Dificultad en 3 o 4 AVD	8,1	79
Dificultad en 5 o más AVD	8,3	82

Fuente: Estimación propia con la base de datos CRELES (I ronda, 2005) de CCP e INISA.

^a Se refiere específicamente a la dificultad para: caminar (cruzar de un lado a otro de un cuarto caminando); bañarse (incluyendo entrar y salir de la bañera); comer (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.); acostarse o pararse de la cama; usar el servicio sanitario (incluyendo sentarse y levantarse del escusado o inodoro); preparar una comida caliente; manejar su propio dinero; hacer compras (por ejemplo, alimentos o ropa); y tomar sus medicinas.

Si bien un análisis de dependencia más detallado incluiría también la prevalencia de ciertas enfermedades que requieren una mayor atención a quienes la padecen —como artritis, Alzheimer y otras—, y que en conjunto configuran los requerimientos que debe satisfacer el sistema de cuidado, la aproximación aquí realizada pone en evidencia que un porcentaje importante de personas adultas mayores del país requiere una amplia dedicación por parte de sus cuidadores. Dado que en esta estimación se consideran solamente los residentes en hogares individuales, la gran mayoría de ellos cuidados por sus familiares —especialmente mujeres—, el cambio hacia un modelo con una mayor participación de terceros plantea un reto en cuanto al número de cuidadores requeridos. Más adelante se retoma este asunto.

⁵ En CCP y CONAPAM (2008) se utiliza la misma base de datos para analizar la dependencia. Se consideran por separado las acciones de movilidad (subir escaleras, caminar, empujar objetos, levantar brazos), de funcionalidad básica (acostarse/levantarse de la cama, bañarse, cruzar un cuarto caminando, usar el inodoro, comer) y de funcionalidad instrumental (hacer compras, tomar medicinas, cocinar, manejar dinero). Aunque en ese estudio no se analizan las tres dimensiones de forma agregada, cuando se consideran las acciones de movilidad junto con las de funcionalidad básica, el resultado es una prevalencia de dependencia mucho mayor a la aquí estimada (64,3% con dificultad en al menos una actividad de movilidad o funcionalidad básica). La diferencia es que en la estimación propia se consideran únicamente la funcionalidad básica y la funcionalidad instrumental, pero no las acciones de movilidad de la misma forma que lo hace CCP y CONAPAM (2008). La estimación propia es más acorde con las que usualmente se realizan a nivel internacional, mediante el denominado Índice de Katz, que mide la movilidad a partir de acostarse/levantarse de la cama.

II. La oferta de servicios de cuidado para las personas adultas mayores

En Costa Rica, el cuidado de la población adulta mayor ha recaído — hasta ahora— principalmente en las familias, y dentro de ellas, particularmente en las mujeres: *“el cuidado que reciben las personas adultas mayores proviene casi en su totalidad de la familia inmediata y en particular de las hijas corresidentes. Las mujeres son las que más brindan cuidados a este grupo etario, ya sea que residan o no en el hogar”* (CCP y CONAPAM, 2008: 83). Sin embargo, como complemento al cuidado familiar (generalmente denominado “informal”), a lo largo de los años han surgido una serie de servicios prestados por organizaciones sin fines de lucro (constituidas legalmente como Asociaciones o Fundaciones)⁶, las cuales tienen diferentes orígenes —pero principalmente religiosos y comunales—, que reconocen la existencia de la necesidad de cuidado de esta población y se comprometen e involucran en su satisfacción.

Si bien estas organizaciones sin fines de lucro son privadas desde la perspectiva de su organización y administración, prácticamente la totalidad de ellas se financian en alguna medida con recursos públicos dirigidos a la atención de la población adulta mayor en situación de pobreza, riesgo social o abandono —aspecto que será analizado con mayor detenimiento en el siguiente capítulo—, por lo que para efectos del presente se les denomina ‘iniciativas mixtas’.

⁶ Esto es, bajo el amparo de la Ley de Asociaciones No. 218, sus reformas y su reglamento; o la Ley de Fundaciones No. 5338 y sus reformas.

Existen además algunas iniciativas totalmente privadas, esto es, servicios que se prestan privadamente y que son financiados enteramente con recursos privados. Las mismas se denominan en el presente ‘iniciativas privadas’.

En este capítulo se identifica y caracteriza la oferta de servicios formales de cuidado para personas adultas mayores prestados mediante iniciativas mixtas y privadas. Inicialmente se hace referencia a algunos aspectos generales en que se desarrolla la prestación de estos servicios, específicamente lo relativo a las modalidades de atención, la habilitación de los establecimientos, la declaratoria de Organizaciones de Bienestar Social (OBS), y el papel del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).

Modalidades de atención

En la actualidad los servicios formales de cuidado en el país se prestan en tres principales modalidades de atención —los hogares de ancianos, los albergues y los centros diurnos—, más una cuarta modalidad que hasta ahora ha sido muy poco aplicada, la atención domiciliaria.

- i) Los hogares de ancianos (en adelante “hogares”) son establecimientos en los que ellos viven en forma permanente y en los cuales se brindan servicios integrales, como —además de la propia residencia—: servicios médicos y paramédicos, servicios de enfermería, servicio de rehabilitación en las áreas física y ocupacional, servicio de trabajo social, alimentación balanceada, estimulación mental, actividades recreativas, ocupacionales y culturales, apoyo espiritual y lavandería. Se espera además que estos establecimientos cuenten con personal de planta capacitado, equipo auxiliar adecuado, distribución adecuada de la planta física, así como las adaptaciones necesarias en esta última.
- ii) Los albergues constituyen una variante de los hogares de ancianos, que surgieron con el propósito de resolver el problema habitacional para quienes no tienen recursos familiares. La comunidad les da la tutela y les brinda atención a las necesidades básicas, es abierto, reciben visitas y salen de la vivienda a la comunidad. Existen dos modalidades de albergues. Los “albergues colectivos”, que consisten en viviendas donde convive un grupo pequeño de personas —menos de veinte—, y que cuentan con servicios básicos entre los que se encuentran: alimentación, lavandería, actividades recreativas, ocupacionales, culturales y físicas, estimulación mental, contacto social y resocialización. Además, los “albergues individuales”, que son viviendas donde vive un adulto mayor, de manera independiente, que se puede valer por sí mismo.
- iii) Los centros diurnos, por su parte, brindan servicios básicos de nutrición, terapia recreativa, integración al medio social productivo, psicología, trabajo social, medicina general. Se espera igualmente que estos establecimientos cuenten con personal de planta capacitado, y adecuado equipo auxiliar y distribución de la planta física, así como las adaptaciones necesarias en esta última. Esta modalidad es un complemento a la vida familiar, y mantiene una estrecha relación entre las personas adultas mayores, su familia y la comunidad.
- iv) La atención domiciliaria, modalidad que como se ha señalado hasta ahora ha sido poco utilizada en el país, consiste en brindar atención a las personas que no se encuentran institucionalizadas (es decir, no residen en un hogar o albergue), ni acuden regularmente a un centro diurno. El personal de la organización que lo brinda se traslada periódicamente hasta la vivienda de la persona, con el propósito de prestarle algunos servicios, de manera que pueda contar con ayuda para la realización de ciertas actividades, sin que ella tenga que alejarse de su vivienda, su comunidad y sus pertenencias. Entre los servicios que se brindan en esta modalidad, según Valverde (2004) se encuentran: la limpieza de la

vivienda y la ayuda en algunas tareas domésticas (lavado de ropa y planchado); alimentación (incluyendo el aporte de comestibles); apoyo espiritual; control de signos vitales; curaciones; y acompañamiento para realizar actividades fuera de la vivienda.

La habilitación de los establecimientos

La habilitación de los establecimientos que brindan servicios de cuidado a la población adulta mayor corresponde al Ministerio de Salud, siguiendo los lineamientos establecidos en el “Reglamento general para el otorgamiento de permisos de funcionamiento del Ministerio de Salud”, Decreto Ejecutivo No. 34728-S del 2008⁷. Esta habilitación tiene como objetivo “garantizar a las personas usuarias, que tales establecimientos cumplen con los indicadores estructurales mínimos del mejoramiento continuo de la calidad para brindar los servicios que explícitamente dicen ofrecer, con un riesgo aceptable para los mismos”.

Los indicadores estructurales son: a) recurso humano; b) especificidades de planta física; c) recurso material y equipo; d) documentación; e) gestión (manejo de información); f) generalidades de planta física; y g) seguridad e higiene laboral.

En el caso específico de los establecimientos para la atención de personas adultas mayores, son componentes importantes de la habilitación los relacionados con el recurso humano especializado, como el acceso a profesional médico, contar con profesionales en enfermería, auxiliares de enfermería, asistentes de salud, profesionales en trabajo social, y acceso a profesional en terapia física o voluntario capacitado. También en el caso de la planta física, disponer de áreas específicas y exclusivas para cada proceso: recepción, clasificación, lavado, secado, planchado y almacenamiento.

Esta habilitación se otorga al inicio del funcionamiento del establecimiento (requisito para operar), y luego cada 5 años una vez obtenida por primera la habilitación —excepto si se produce una denuncia formal contra el establecimiento, caso en que se actúa inmediatamente—.

La declaratoria de Organizaciones de Bienestar Social (OBS)

Una vez obtenida la habilitación, las organizaciones responsables de la prestación de los servicios pueden obtener la declaratoria de Organizaciones de Bienestar Social (OBS) por parte del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), lo cual les permite tener acceso a fondos públicos —principalmente los dirigidos a la atención de esta población en situación de pobreza, pobreza extrema, riesgo social o abandono—.

El proceso para llegar a esta declaratoria es amplio, y parte de un diagnóstico poblacional que comprueba la existencia en la comunidad de población sujeta a atención de la organización (en este caso, personas adultas mayores), las cuales se encuentran en alguna de las situaciones arriba mencionadas (pobreza, riesgo social o abandono), y por lo tanto justifica la necesidad de crear y mantener el servicio bajo una modalidad de atención específica.

Entre otros requisitos, conviene destacar aquí que las organizaciones deben estar constituidas legalmente bajo las formas jurídicas sin fines de lucro (Asociaciones o Fundaciones), y que al menos un 80% de la población usuaria (o potencialmente usuaria) de los servicios, programas o proyectos de la organización se encuentre en pobreza, riesgo social o abandono. Este último aspecto es relevante, pues confirma que el financiamiento público se dirige a la atención de la población adulta mayor en esas situaciones, dando una característica particular al modelo de atención que será retomada en el capítulo siguiente.

⁷ Como se indica en el reglamento, para los establecimientos de salud y afines, el permiso que se otorga “es equivalente a una certificación de la habilitación”.

El papel del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)

Este Consejo es creado por la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (No. 7935) de 1999, como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, encargado de formular las políticas y los planes nacionales en la materia.

La ley le asigna al Consejo una amplia gama de funciones (artículo 35):

- a) Formular las políticas y los planes nacionales en materia de envejecimiento.
- b) Conocer las evaluaciones anuales de los programas, proyectos y servicios dirigidos a la población adulta mayor, que sean ejecutados por las instituciones públicas o privadas.
- c) Investigar y denunciar, de oficio o a petición de parte, las irregularidades que se presenten en las organizaciones que brindan servicios a personas adultas mayores y recomendar sanciones, de conformidad con esta ley.
- d) Fomentar la creación, continuidad y accesibilidad de los programas y servicios relativos a la atención integral de las personas adultas mayores y velar por ellos.
- e) Participar, dentro del ámbito de su competencia, en los procesos de acreditación e instar a la concesión de acreditaciones o recomendar el retiro de la habilitación respectiva.
- f) Conocer las evaluaciones sobre el desarrollo administrativo y técnico de los programas y servicios de atención a las personas adultas mayores, ejecutados por las instituciones con los aportes económicos del Estado, y velar porque estos recursos se empleen conforme a su destino.
- g) Determinar los criterios técnicos para distribuir los recursos económicos públicos destinados a los programas y servicios para las personas adultas mayores.
- h) Llevar un registro actualizado de las personas, físicas y jurídicas, acreditadas por el Ministerio de Salud para brindar servicios a las personas adultas mayores⁸.
- i) Promover la creación de establecimientos para atender a las personas adultas mayores agredidas y la ubicación o reubicación de las que se encuentren en riesgo social.
- j) Impulsar la investigación en las áreas relacionadas con el envejecimiento.
- k) Elaborar los reglamentos internos para cumplir adecuadamente los objetivos de este Consejo.
- l) Velar por el cumplimiento de declaraciones, convenios, leyes, reglamentos y demás disposiciones conexas, referentes a la protección de los derechos de las personas adultas mayores.
- m) Las demás funciones que se consideren convenientes para el desarrollo de las actividades en pro del bienestar, el desarrollo y la protección del sector de la sociedad mayor de 65 años.
- n) Coordinar, con las instituciones ejecutoras, los programas dirigidos a las personas adultas mayores.

Como se desprende de esa enumeración de funciones, el papel del CONAPAM es relevante en lo referente a los servicios de cuidado de la población adulta mayor, especialmente las funciones indicadas en los incisos e) hasta i).

⁸ Así reformado mediante el artículo 1 de la ley No. 8500 del 28 de abril del 2006.

Como parte de sus funciones, el CONAPAM determina anualmente el costo de estancia por adulto mayor en un hogar de ancianos o por asistencia a un centro diurno, los cuales se utilizan como referencia para la asignación de fondos públicos, asunto que será tratado en el próximo capítulo. Esta estimación se realiza a partir de un estudio de costos del año 2004 (CONAPAM, 2004) y considera los aumentos anuales en el costo de vida. Para el año 2010, este Consejo definió el costo de estancia de una persona adulta mayor residente en un hogar en 345.807,31 colones mensuales, y por la asistencia a un centro diurno en 138.322,92 colones mensuales.

A. Identificación de los establecimientos que brindan los servicios considerados

Para identificar esos establecimientos se tomó como base el listado proporcionado por CONAPAM, actualizado a mediados del 2010, que en virtud de lo indicado en el artículo 35, inciso h, de la ley No. 7935, debe constituir un registro de las personas físicas y jurídicas acreditadas por el Ministerio de Salud para brindar servicios a las personas adultas mayores. Es importante destacar que no fue posible obtener directamente del Ministerio de Salud el listado de establecimientos habilitados. La información brindada por CONAPAM para cada uno de estos establecimientos fue contrastada y complementada con la información suministrada por el IMAS sobre las Organizaciones de Bienestar Social (OBS) inscritas en el área de personas adultas mayores, y también con la del listado de establecimientos que reciben recursos financieros de la Junta de Protección Social (JPS).

El resultado es el listado que se incluye en el Apéndice 1 de este informe. Según el mismo, hacia mediados del 2010 había en el país un total de 71 hogares (incluye 13 albergues) y de 49 centros diurnos, administrados por 113 organizaciones. De estas últimas, 110 están constituidas con Asociaciones y solamente 3 como Fundaciones.

En general, cada organización administra un único establecimiento, como sucede con 64 hogares y 43 centros diurnos, pero también se presenta la situación de 5 organizaciones que administran de forma simultánea un hogar y un centro diurno, y una organización que administra dos hogares (específicamente un hogar y un albergue) y un centro diurno.

Además se da el caso de organizaciones que responden a una misma denominación, pero constituidas legalmente de forma independiente, como en el caso de la Asociación San Vicente de Paúl de Liberia, la Asociación San Vicente de Paúl de Puriscal, la Asociación Centro Diurno Atención Ancianos San Vicente Paúl de Tibás, etc.

Es importante destacar que el listado proporcionado por el CONAPAM únicamente incluyó organizaciones sin fines de lucro. Por ello, se procedió a identificar establecimientos que prestan los servicios de forma privada tanto en su administración como en su financiamiento, con el resultado de los 14 que se destacan en el Apéndice 3.

Un último asunto a resaltar es que la comparación de los diferentes listados institucionales mostró discrepancias entre ellos. En algunos casos de menor relevancia —como en el nombre exacto del establecimiento o de la persona jurídica que lo administra, en el número de cédula jurídica, o en la dirección—, pero en otros casos más graves, como los que se destacan en el Apéndice 2, relacionados con establecimientos que no aparecen debidamente registrados. Por ello, se recomienda que las instituciones más directamente relacionadas con la prestación de estos servicios (CONAPAM, Ministerio de Salud, IMAS y Junta de Protección Social) elaboren y actualicen un registro único de los establecimientos debidamente habilitados —mixtos y privados—, que incluya toda la información relevante a nivel general y específica de cada institución.

B. Caracterización de los establecimientos sin fines de lucro

Esta caracterización se realiza utilizando dos fuentes. En primer lugar, el “**Diagnóstico de necesidades de las poblaciones en estado de pobreza o vulnerabilidad**” (JPS, 2010), que consiste en un amplio y actualizado diagnóstico de la situación de las poblaciones que se benefician con los recursos de la Junta de Protección Social, incluyendo los adultos mayores. En segundo lugar, de forma complementaria, la información recopilada como parte de la presente consultoría mediante la visita a una muestra de 8 hogares y 5 centros diurnos administrados por (10) organizaciones sin fines de lucro (ver Apéndice 4).

1. Caracterización a partir del diagnóstico de la JPS (2010)

Se consideran en ese diagnóstico 70 hogares de ancianos y 49 centros de atención diurna, administrados por organizaciones de bienestar social (OBS) —constituidas en su gran mayoría como asociaciones, aunque hay algunas fundaciones—, en todos los casos sin fines de lucro, debidamente registradas por el CONAPAM y que reciben apoyo financiero de la JPS —así como otros recursos públicos a los que se hará referencia más adelante—⁹.

Población atendida y distribución espacial de los establecimientos

Según la JPS, aproximadamente 6.000 personas adultas mayores residen en hogares de ancianos o asisten a centros de atención diurna; sin embargo, no todas ellas son beneficiarias directas de los recursos que transfiere la institución. En este último caso se privilegia la atención de la población adulta mayor con mayores carencias económicas, según lo establecido en el “Manual de criterios para la distribución de recursos de la ley 8718”¹⁰. Más específicamente, para la distribución de los recursos entre los asilos de ancianos se toma en cuenta, entre otros, la población atendida por cada uno de ellos cuyo ingreso (por pensión, aporte familiar o de cualquier otra índole) sea inferior al 50% del costo de atención definido por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) anteriormente señalado. En el caso de los centros diurnos, la cantidad de población que asiste regularmente al servicio y que aporta a la organización un monto inferior al 50% del costo de atención definido por CONAPAM¹¹.

CUADRO 7
COSTA RICA: CANTIDAD DE HOGARES Y CENTROS DIURNOS POR PROVINCIA
Y BENEFICIARIOS SEGÚN SEXO, 2010

Provincia	Establecimientos		Beneficiarios					
	Hogares	Centros diurnos	Hogares			Centros diurnos		
			total	hombres	mujeres	total	hombres	mujeres
Total	70	49	2 774	1 522	1 252	1 550	529	1.021
San José	22	21	815	397	418	630	204	426
Alajuela	14	9	869	443	426	279	119	160
Cartago	5	5	251	155	96	239	62	177
Heredia	7	8	210	106	104	281	80	201
Guanacaste	7	2	202	124	78	30	18	12
Puntarenas	10	2	295	198	97	64	32	32
Limón	5	2	132	99	33	27	14	13

Fuente: JPS (2010).

⁹ Para efectos de la caracterización se hace caso omiso de las diferencias destacadas en la sección 2.1.

¹⁰ Publicado en La Gaceta No. 83 del 30 de abril del 2010.

¹¹ Según expresó la señora Grettel Arias, encargada del Área Adulto Mayor de la Junta de Protección Social (JPS), en el caso de los centros diurnos fue necesario incluir el criterio señalado para garantizar que se atienda a la población con poca capacidad de pago y que a lo sumo podría aportar un 50% del costo del servicio.

Según los registros de la JPS (cuadro 7), en el año 2010 se benefició a 4.324 personas adultas mayores (2.051 hombres y 2.273 mujeres): 2.774 en centros diurnos (1.522 y 1.252 respectivamente) y 1.550 en hogares (529 y 1.021 respectivamente).

Es importante destacar que se trata de una cifra baja, pues apenas estarían siendo cubiertos por los servicios formales en estas tres modalidades un 1,5% del total de personas adultas mayores del país (un 0,5% institucionalizada). Inclusive en el caso que se consideren las 6.000 personas a que se hizo referencia al inicio de este acápite, se trataría del 2% de esa población.

Los hogares de ancianos y centros diurnos se ubican en las siete provincias (cuadro 7), y como se desprende de la información contenida en el Apéndice 1, en 70 de los 81 distritos del país, lo que pone en evidencia su amplia cobertura geográfica.

La mayor concentración de establecimientos y beneficiarios en la provincia de San José, así como de beneficiarios en Alajuela, es acorde con el mayor porcentaje de población adulta mayor en la región Central del país y en los cantones mencionados en el capítulo anterior.

Llama la atención que Limón aparece como la provincia con un menor número de establecimientos y beneficiarios, pues debe recordarse que la región Huetar Atlántica es la que ocupa el segundo lugar en cuanto a mayor cantidad de personas adultas mayores. Más allá de las diferencias que pueden surgir por comparar la provincia con la región, se puede presumir que en esa provincia hay un faltante de establecimientos de ese tipo. En este sentido, se debe esperar que la realización del Censo Nacional de Población en el año 2011 sea de gran utilidad, pues permitirá conocer de forma detallada y actualizada la ubicación de la población adulta mayor, la cual se podrá comparar con la oferta actual de servicios, de forma tal que se conocerá la demanda insatisfecha y la necesidad de promover el establecimiento de centros de este tipo en algunas localidades del país.

En lo que respecta al tamaño de los establecimientos determinado en función del número de personas adultas mayores que atienden, en el caso de los hogares de ancianos, solamente un 15,7% atienden menos de 20 personas, cerca de un 30% en cada caso de 20 a 29 y de 30 a 49, y un 22,9% son los más grandes, atendiendo a 50 personas o más (cuadro 8). Sin embargo, cuando se considera la distribución de la población atendida, casi la mitad (46,3%) son atendidos en establecimientos grandes, un 30,9% en establecimientos medianos-grandes (de 30 a 49 beneficiarios), un 16,9% en establecimientos medianos-pequeños (de 20 a 29 beneficiarios), y solamente un 5,9% en establecimientos pequeños (menos de 20 beneficiarios).

CUADRO 8
COSTA RICA: HOGARES Y CENTROS DIURNOS SEGÚN POBLACIÓN ATENDIDA, 2010

Población atendida	Hogares				Centros diurnos			
	Establecimiento	%	Personas	%	Establecimiento	%	Personas	%
Total	70	100,0	2 774	100,0	49	100,0	1 550	100,0
menos de 20	11	15,7	165	5,9	11	22,4	194	12,5
de 20 a 29	20	28,6	468	16,9	15	30,6	358	23,1
de 30 a 49	23	32,9	858	30,9	19	38,8	748	48,3
50 o más	16	22,9	1 283	46,3	4	8,2	250	16,1

Fuente: Estimación del autor a partir de información proporcionada por la JPS.

Los centros diurnos son relativamente más pequeños que los hogares de ancianos, y predominan los que atienden entre 30 y 49 adultos mayores (38,8% del total de establecimientos), y cubren a casi la mitad de los beneficiarios considerados (48,3% —cuadro 8—).

Solamente hay 4 establecimientos grandes (que atienden a 50 personas o más), lo que representa un 8,2% del total de establecimientos, y atienden a un 16,1% de los beneficiarios. En el otro extremo, un 22,4% de los establecimientos son pequeños (atienden a menos de 20 personas), para un 12,5% del total de los beneficiarios. Finalmente, casi uno de cada tres centros diurnos (30,6%) es mediano-pequeño (atiende de 20 a 29 personas), atendiendo a un 23,1% del total de beneficiarios.

Nivel de dependencia de la población atendida

Como se ha destacado, determinar el nivel de dependencia de la población atendida requiere complejas valoraciones. En el “Manual de criterios para la distribución de recursos de la ley 8718”, la JPS define como persona dependiente *“aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental. Puede decirse que una persona mayor es dependiente cuando presenta una pérdida de su autonomía funcional y necesita la ayuda de otras personas para poder desenvolverse en su vida diaria.”*

El número de personas dependientes en un establecimiento incide directamente en el costo de atención. Por ello, para la asignación de recursos a los hogares de ancianos, la JPS toma en consideración —entre otros criterios— el número de personas dependientes atendidas. Según el diagnóstico de la JPS (2010), de los 70 hogares, 14 tienen menos del 10% de personas dependientes, 7 tienen entre 10% y menos de 20% de dependientes, otros 7 tienen entre 20% y menos de 30% de personas dependientes y 42 hogares registran más del 30% de su población con dependencia.

Es necesario aclarar que las cifras anteriores no necesariamente coinciden con las estimaciones del primer capítulo, porque mientras las de este capítulo se refieren a la población residente en hogares colectivos (institucionalizada), las del capítulo previo consideran los residentes en hogares individuales. En todo caso, ambas estimaciones ponen en evidencia que parte importante de los adultos mayores presentan algún grado de dependencia.

Servicios de atención directa y especializada que brindan los establecimientos

La norma de habilitación para centros de atención a personas adultas mayores (“Reglamento general para el otorgamiento de permisos de funcionamiento del Ministerio de Salud”, Decreto Ejecutivo No. 34728-S del 2008) establece requerimientos en cuanto a los servicios mínimos que cada centro de atención debe brindar, de acuerdo con la modalidad de atención y la cantidad de usuarios que atienda. Los servicios mínimos y el personal asociado para su cumplimiento establecidos por la normativa, según JPS (2010), son los siguientes:

- Seguridad e higiene laboral: asesoría de un técnico o profesional en seguridad e higiene laboral.
- Dirección: presidente de junta directiva o representante que sea responsable principal del funcionamiento del establecimiento.
- Administración: funcionario responsable de la administración.
- Nutrición: acceso a un profesional en nutrición y una cocinera para la preparación de cada 50 raciones y un auxiliar en caso de 100 raciones.
- Terapia ocupacional: acceso a un profesional en terapia ocupacional y un voluntario capacitado.

Para los hogares se señala también:

- Salud: acceso a un profesional en medicina, además debe tener un profesional en enfermería al menos en jornada de medio tiempo en instituciones de menos de 50 usuarios. Debe contar con un asistente de atención en salud por turno.
- Trabajo social: debe contar con un profesional de trabajo social, al menos por un cuarto de tiempo según la cantidad de usuarios.
- Terapia física: acceso a un profesional en terapia física.
- Lavandería y ropería: una persona encargada de ese servicio.

En la práctica, cada organización ofrece los servicios que les permitan sus posibilidades económicas, así como la disponibilidad de profesionales en la zona y el apoyo que puedan recibir de otras entidades. En el caso de los servicios de atención directa, a partir de los estudios de supervisión realizados por la misma institución, JPS (2010) señala que de los hogares de ancianos, un 98,6% brinda el servicio de lavado de ropa, un 94,3% el de menú elaborado por nutricionista, en un 92,9% los medicamentos son administrados por enfermera o auxiliar de enfermería, y además, en un 100% hay cambio diario de ropa.

Sin embargo, los porcentajes de prestación de servicios especializados no siempre son tan elevados como los de atención directa, o inclusive, se presentan situaciones en que un número grande presta algún servicio, pero muchos de ellos con poca frecuencia (cuadro 9).

Como se aprecia en el cuadro 9, los servicios especializados que más se prestan son el acceso a nutricionista (en 94,3% de los hogares y 91,8% de los centros diurnos) y el de enfermería en un 92,9% de los hogares. Los servicios de terapia recreativa se prestan en casi la totalidad de los establecimientos (98,6% de los hogares y 91,9% de los centros diurnos), sin embargo no todos los establecimiento tienen programas formales permanentes de terapia de este tipo, pues algunos realizan actividades esporádicas.

Algo similar sucede con las actividades ocupacionales, pues si bien se brindan en un 82,9% de los hogares y un 91,8% de los centros diurnos (cuadro 9), solamente en un 54,3% y 75,5% respectivamente corresponden a programas formales permanentes.

En el caso de la medicina general, es importante destacar que aunque algunos establecimientos no cuentan con servicios médicos propios, establecen vínculos con los servicios de salud de la CCSS en el área de salud respectiva, para que les brinden atención preferencial a los adultos mayores. Esta última situación se presenta en un 41,4% de los hogares y un 34,7% de los centros diurnos.

Por último, un 68,6% de los hogares y un 40,8% de los centros diurnos brindan el servicio de trabajo social (cuadro 9).

En la misma línea de lo indicado en JPS (2010), se debe resaltar aquí que si bien las organizaciones han realizado grandes esfuerzos para cumplir con las normas de habilitación a partir de su vigencia, y por mejorar la calidad de atención, los resultados arriba mostrados ponen en evidencia que el esfuerzo debe ser aún mayor, para que cumplan a plenitud con lo establecido en las normas respecto a los servicios especializados.

CUADRO 9
COSTA RICA: SERVICIOS ESPECIALIZADOS BRINDADOS EN HOGARES Y CENTROS DIURNOS, 2010

Servicios	Hogares		Centros diurnos	
	absoluto	%	absoluto	%
Actividades ocupacionales	58	82,9	45	91,8
programa formal	38	54,3	37	75,5
actividades esporádicas	20	28,6	8	16,3
Terapia recreativa	69	98,6	45	91,9
programa formal	49	70,0	41	83,7
actividades esporádicas	20	28,6	4	8,2
Fisioterapia	61	87,2	-	-
servicio constante	37	52,9	-	-
de tres a dos veces por semana	11	15,7	-	-
un día por semana	9	12,9	-	-
cada quince días o más	4	5,7	-	-
Medicina general				
tienen medicina general	40	57,1	17	34,7
atención médica preferencial en la CCSS	29	41,4	17	34,7
Otros servicios especializados				
tienen enfermería	65	92,9	-	-
acceso a nutricionista	66	94,3	45	91,8
acceso a Trabajo Social	48	68,6	20	40,8

Fuente: JPS (2010).

Necesidades de las OBS

El diagnóstico de la JPS (2010) también indagó sobre las principales necesidades que presentan las OBS. Para ello tomaron una muestra al azar del 10% de las organizaciones (esto es, 7 hogares y 5 centros diurnos), y utilizaron la información del último estudio de supervisión realizado por el Departamento de Acción Social.

Como se refleja en el cuadro 10, las mayores necesidades que tienen las organizaciones se ubican en los rubros de mobiliario, equipo, infraestructura y ampliaciones. De las 12 organizaciones consideradas, la totalidad de ellas requiere mobiliario y equipo, mientras que 10 mejora de infraestructura, y 4 requieren ampliaciones. Las demás necesidades son poco importantes en términos relativos.

La JPS señala en su informe que esa situación guarda estrecha relación con las solicitudes de apoyo financiero presentados por las organizaciones para los denominados “proyectos específicos”. Según ese informe, el 100% de 17 proyectos presentados por centros diurnos para el 2011 están dirigidos a la compra de mobiliario, equipo, construcción y mejora de instalaciones; mientras que en el caso de los hogares para ancianos el 84% de los proyectos presentados fueron para esos rubros y el 16% restante para la compra de vehículos.

CUADRO 10
COSTA RICA: NECESIDADES IDENTIFICADAS DE UNA MUESTRA DEL 10% DE LOS HOGARES
Y CENTROS DIURNOS, 2010

Necesidades	Número de menciones		
	Total	Hogares	Centros diurnos
Mobiliario y equipo	12	7	5
Mejora de infraestructura	10	7	3
Ampliación	4	1	3
Contratación de profesionales	2	1	1
Contratación de personal atención directa	2	1	1
Equipo de cómputo para beneficiarios	2	0	2
Cubrir necesidades directas ^a	1	1	0
Compra de vehículo	1	1	0
Mejorar atención directa	1	0	1

Fuente: JPS (2010).

^a Ropa de cama, cortinas, etc.

2. Caracterización a partir de la visita a una muestra de establecimientos

La caracterización que se desprende del diagnóstico de la JPS (2010) a los establecimientos sin fines de lucro, fue complementada con la información directamente recabada en 8 hogares y 5 centros diurnos administrados por (10) organizaciones sin fines de lucro (Apéndice 4). La guía que se utilizó para la entrevista/visita se presenta en el Apéndice 5.

Fueron seleccionados hogares y centros diurnos de todo tamaño. En el caso de los hogares, de los 8 visitados, 3 fueron grandes (que atienden 50 o más personas adultas mayores), 2 medianos-grandes (entre 30 y 49 personas adultas mayores), 2 medianos-pequeños (entre 20 y 29 personas adultas mayores) y 1 pequeño (menos de 20 personas adultas mayores). En el caso de los centros diurnos, se visitaron —utilizando la misma clasificación de arriba por número de personas adultas mayores atendidas—: 1 grande, 2 medianos-pequeños y 2 pequeños. Es posible entonces tener una visión bastante global sobre estas organizaciones.

A continuación algunos aspectos relevantes que se infieren de las entrevistas/visitas realizadas:

- i) El origen de las organizaciones es diverso, pero en todos los casos nacen por la preocupación de una persona o de un grupo de personas, con vínculos comunales o religiosos, que reconocen la existencia de la necesidad de atención de la población y se comprometen e involucran en su satisfacción. Hay algunos casos en los que un sacerdote católico organiza a la comunidad para prestar el servicio; en otros nace como iniciativa de la Asociación de Desarrollo Comunal o de otras formas de agrupación de vecinos comprometidos con el tema.
- ii) En general, las organizaciones más antiguas son las más grandes en términos del número de personas adultas mayores atendidas; mientras que las creadas más recientemente (de 1990 en adelante) son, en general, más pequeñas. Esto pone en evidencia que el crecimiento de estos establecimientos es un proceso gradual.
- iii) La información obtenida mediante la visita a los establecimientos sobre los servicios de atención directa y los de atención especializada coincide plenamente con los resultados del diagnóstico de la JPS (2010). En el caso específico de los servicios médicos, se debe resaltar que algunos establecimientos señalan la existencia de sólidos vínculos con los EBAS, lo cual se refleja en mejor atención médica para los pacientes. Este aspecto es

- relevante, pues pone en evidencia la necesidad y ventajas de una adecuada articulación entre estos establecimientos y los servicios de salud por parte de la CCSS.
- iv) En términos generales, la cantidad de personal con que cuentan los establecimientos se incrementa directamente con el número de personas adultas mayores atendidas y la variedad de servicios de atención directa y especializada que se brinden.
 - v) Muchos de los entrevistados pusieron énfasis en la importancia que el voluntariado tiene para la prestación de los servicios, especialmente los de atención directa y los especializados (médicos y otros profesionales).
 - vi) Con excepción de un establecimiento, los demás estaban limpios, las personas adultas mayores mostraban ropa limpia y se veía el personal que los atendía. Solamente en uno de los establecimientos se percibió muy poco personal, y casualmente mostraba mayor desorden e inclusive mal olor en las habitaciones. Si bien este último caso podría estar asociado con una situación momentánea, resalta la importancia de que las instituciones con responsabilidades en la supervisión de estos establecimientos realicen visitas periódicas a los mismos.
 - vii) En la gran mayoría de los casos las instalaciones que se utilizan fueron especialmente construidas para ese fin (hogar de ancianos o centro diurno), y en los pocos casos en que eso no sucede se han realizado las remodelaciones necesarias. Sin embargo, se observó durante las visitas, que algunas instalaciones construidas hace varios años podrían no cumplir con algunas especificaciones básicas más recientes, como el ancho de los pasillos, las rampas, los servicios sanitarios, las salidas de emergencia y otros.
 - viii) De forma concordante con el diagnóstico de la JPS (2010), los principales requerimientos de las organizaciones se concentran en infraestructura física (enfermería, salón de actividades-terapia ocupacional, etc.), equipo (sillas de ruedas, camas, equipo de terapia física, etc.), vehículos para transporte de las personas adultas mayores y también en la posibilidad de contratar más personal profesional (médicos, etc.).
 - ix) Se preguntó a los entrevistados si tenían conocimiento de la demanda insatisfecha en su área de influencia por los servicios que brindan. No todos los entrevistados tuvieron claridad al respecto. Vale destacar que en algunos establecimientos hay capacidad instalada ociosa. En otros en cambio, se percibe una alta demanda insatisfecha. El factor geográfico parece entonces determinante.

C. Caracterización de los establecimientos con fines de lucro

Como se ha señalado, fueron visitados tres establecimientos con fines de lucro (ver Apéndice 4), de un total de 14 identificados (ver Apéndice 3). La selección se realizó a juicio, eligiendo aquellos establecimientos ubicados en zonas residenciales de altos ingresos, y que presumiblemente brindarían los servicios más completos y costosos.

Es importante destacar en primer lugar que los tres hogares visitados se ubican en casas de habitación remodeladas. Tienen espacio para entre 14 y 22 personas adultas mayores. Las habitaciones son individuales (costo mayor) o compartidas por dos personas. Brindan solamente el servicio de hogar, pero estarían dispuestos a prestar el de centro diurno si alguien lo solicita.

En general, el servicio básico incluye: enfermería; alimentación balanceada; servicio de lavandería; terapia recreativa y ocupacional; y en un caso, terapia física. Los demás servicios, como consulta médica, oxígeno, etc., se cobran aparte.

La visita a los establecimientos reflejó que aunque las instalaciones fueron remodeladas, podrían presentarse problemas con el ancho de los pasillos, las rampas, los servicios sanitarios, las salidas de emergencia y otros. Además, se observó poco personal, pero eso se relaciona con su pequeño tamaño en términos del número de personas atendidas.

Una apreciación general es que independientemente del costo —al cual se hará referencia más adelante—, las instalaciones y los servicios que prestan estas organizaciones con fines de lucro no son muy diferentes a los que algunas OBS prestan a beneficiarios con menor capacidad de pago. Este aspecto es relevante, pues constituye un argumento en favor del fortalecimiento de los servicios mixtos para atender a toda la población.

III. Costo de atención de los adultos mayores en las OBS y su financiamiento

En este capítulo se analiza lo referente al costo de atención de los adultos mayores en las organizaciones sin fines de lucro, para luego pasar a la forma como se financian los mismos, primero con una perspectiva a nivel de establecimiento, y luego de los recursos públicos específicamente.

A. Costo de atención en los establecimientos sin fines de lucro

Determinar el costo de atención en hogares y centros diurnos es una labor muy compleja, por la gran cantidad de factores que intervienen en la prestación de los servicios, que van desde factores individuales como el nivel de dependencia de las personas atendidas o ciertos padecimientos específicos, hasta otros más generales, como la gama de servicios que se les brinda en los establecimientos (enfermería, lavandería, terapia física, etc.) y la frecuencia con que se prestan (diariamente —en diferentes jornadas o las 24 horas del día—, semanalmente, etc.).

Como se ha señalado, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) realizó un estudio de costos (CONAPAM, 2004), el cual actualiza anualmente según la inflación.

Para el año 2010, este Consejo definió el costo de estancia de una persona adulta mayor residente en un hogar en 345.807,31 colones mensuales, y por la asistencia a un centro diurno en 138.322,92 colones mensuales.

Aunque la realización de un estudio de costos de prestación de los servicios no forma parte de los objetivos de la presente consultoría, en la entrevista a los establecimientos seleccionados a los que se hizo referencia en el capítulo anterior (ver Apéndice 3), se les preguntó en cuánto estimaban el costo mensual de atención a la población adulta mayor en la o las modalidades que brinda la organización, dadas sus características individuales. En los hogares de ancianos las ocho respuestas fueron (por persona adulta mayor): 270.000 en un caso, 300.000 en dos, 350.000 en dos, 375.000 en un caso, 380.000 en un caso, y 695.000 en un caso. En los centros diurnos se obtuvieron solamente tres respuestas: 90.000, 135.000 y 305.000 colones.

Al comparar los resultados obtenidos mediante las entrevistas —excluyendo los valores máximos extremos en cada caso— con la estimación del CONAPAM, se encuentra una gran coincidencia, por lo que se puede concluir que esta última refleja adecuadamente los costos de prestación de los servicios con las características promedio destacadas en el capítulo anterior. Esta conclusión es especialmente importante porque permite cuantificar los costos adicionales de una expansión en la cobertura de los servicios para los adultos mayores. Eso sí, debe tomarse en cuenta que una mejoría en la prestación de los servicios —en términos de más servicios o aumento en la frecuencia de los mismos— implica mayores costos por persona adulta mayor.

Solamente con carácter informativo, vale resaltar que en los hogares con fines de lucro visitados, el costo del servicio básico indicado por los entrevistados fue de 500.000, 600.000 y 700.000 colones mensuales respectivamente en habitación compartida, y de 900.000 colones en habitación individual. Estas cifras —en habitación compartida— superan la estimación de CONAPAM entre un 43% y un 100%. Si bien estas cifras no se pueden comparar directamente con las obtenidas para los establecimientos sin fines de lucro —pues para poder llegar a conclusiones se requiere una caracterización de cada establecimiento servicio por servicio—, es claro que el mayor costo en los establecimientos privados se ve afectado por su menor tamaño (en términos del número de adultos mayores atendidos), más la obtención de un margen de ganancia.

B. Estructura de financiamiento de las OBS

En la visita a establecimientos sin fines de lucro se indagó también sobre su estructura de financiamiento. Como se aprecia en el cuadro 11, la mayor parte de ese financiamiento lo obtienen las OBS de los aportes que les hace la JPS, así como los de CONAPAM y Asignaciones Familiares. En promedio el aporte conjunto de estas instituciones representa dos terceras partes (65,2%) del financiamiento total de las OBS visitadas. Aunque hay diferencias, pues el mismo es relativamente más importante para los centros diurnos.

En el caso de los hogares, los más grandes dependen menos de los recursos públicos, pero estos son más importantes para la mayoría de los medianos y pequeños. Debe tomarse en cuenta que la determinación del aporte de las instituciones públicas a las OBS considera el número de adultos mayores atendidos, especialmente —pero no exclusivamente— aquellos que se encuentran en situación de necesidad económica.

CUADRO 11
COSTA RICA: ESTRUCTURA DEL FINANCIAMIENTO DE LAS OBS ENTREVISTADAS
(Personas y porcentajes)

	Centros diurnos			Hogares					Hogares y centros diurnos	
	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2
Personas adultas mayores atendidas	18	39	50	23	30	38	98	196	34	82
Estructura financiamiento (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Junta de Protección Social	50	80	60	60	60	20	25	10	30	40
Aporte CONAPAM y Asignaciones Familiares	50	15	20	20	15	5	17	20	15	40
Aporte adultos mayores/familias ^a	nr	5	20	10	5	3	30	50	50	20
Municipalidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aporte empresas privadas	0	0	0	10	0	2	28	0	5	0
Otros ingresos (rifas, rentas, etc.)	0	0	0	0	20	70	0	20	0	0

Fuente: entrevista a muestra de OBS que prestan los servicios de hogar y centro diurno para personas adultas mayores.
nr = no responde.

^a incluye lo correspondiente a pensiones.

En el caso de los hogares, los más grandes dependen menos de los recursos públicos, pero estos son más importantes para la mayoría de los medianos y pequeños. Debe tomarse en cuenta que la determinación del aporte de las instituciones públicas a las OBS considera el número de adultos mayores atendidos, especialmente —pero no exclusivamente— aquellos que se encuentran en situación de necesidad económica.

Por otra parte, los aportes que realizan directamente las personas adultas mayores y sus familias representan, en casi la totalidad de los casos, entre un 5% y un 30% del total del financiamiento de estas organizaciones, para un promedio de 21%. Hay dos casos en que representa un 50% —uno de ellos el hogar más grande en términos de adultos mayores atendidos—.

Al respecto, es importante reiterar que no toda la población atendida por la OBS se encuentra en situación de pobreza, riesgo social o abandono. Hay adultos mayores que tienen mayor capacidad de pago (personalmente o sus familias), motivo por el cual algunos hogares de ancianos brindan servicios de habitación independiente o algunos servicios especiales para ellos. De esta forma, los hogares logran aumentar sus ingresos.

Llama la atención que ninguna de las OBS visitadas recibe aportes en efectivo de las municipalidades. Esto refleja una realidad nacional, que es la poca participación de las municipalidades en la atención de su población adulta mayor, asunto que se tratará en el capítulo siguiente.

Los aportes de las empresas privadas son, en general, reducidos. En otros casos, las organizaciones realizan actividades permanentes para recaudar fondos (rifas, etc.), o tienen algunas rentas propias (alquileres, etc.); pero igualmente son reducidas.

Se concluye que, en términos generales, el financiamiento de los establecimientos sin fines de lucro proviene, en promedio, en una tercera parte del sector privado y en dos terceras partes de transferencias del sector público, aspecto relevante a considerar en las posibilidades de expansión de los servicios.

C. El financiamiento estatal

Como se ha visto, el financiamiento estatal a los servicios de cuidado prestados por las OBS representa, en promedio, dos terceras partes del total de recursos que ingresan a estas organizaciones. Este se origina en tres fuentes: las rentas de la lotería nacional distribuidas por la Junta de Protección Social (JPS), los recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), y los provenientes del impuesto a los licores, cervezas y cigarrillos, estos dos últimos canalizados por CONAPAM:

Rentas de la lotería nacional: anteriormente las rentas de la lotería nacional eran distribuidas por la JPS de acuerdo a la “*Ley de distribución de la lotería nacional*” No. 1152 (del 13 de abril de 1950 y sus reformas) y la “*Ley de loterías*” No. 7395 (del 3 de mayo de 1994 y sus reformas); sin embargo, en el 2009 se dio un cambio con la promulgación de la Ley No. 8718 “*Autorización para el cambio de nombre de la Junta de Protección Social y establecimiento de las rentas de las loterías nacionales*”.

En el artículo 8 de esta última ley se establece la distribución de las utilidades netas de las loterías, con varios incisos para la población adulta mayor:

- ñ) *de un 24,8% a un 25,7% para entidades dedicadas a atender y proteger a las personas adultas mayores y para programas sin fines de lucro dirigidos a la atención de personas adultas mayores;*
- o) *un 0,30% para las entidades dedicadas a la capacitación, organización y dirección de asociaciones, fundaciones y grupos de personas dedicadas a atender y proteger a las personas adultas mayores;*
- p) *de un 7% a un 7,5% para centros diurnos sin fines de lucro para personas adultas mayores;*
- t) *un 1,5% para la Asociación Gerontológica Costarricense, para programas orientados a la promoción de una vejez digna, activa y participativa; y*
- u) *de un 1% a un 2% para programas destinados a la promoción de la autonomía personal de personas con discapacidad física, mental o sensorial, así como para adultos mayores.*

Impuesto a los licores, cervezas y cigarrillos: estos recursos se rigen por la “*Ley de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y fármaco dependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución*”, No. 7972 de 1999.

El inciso a) del artículo 14 de esa ley establece que un 31% del monto de tres mil quinientos millones de colones —actualizados anualmente según el índice de precios al consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos— obtenidos de la recaudación de este impuesto serán asignados al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor “para la operación y el mantenimiento con miras a mejorar la calidad de atención de los hogares, albergues y centros diurnos de atención de ancianos, públicos o privados, para financiar programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia, así como para financiar programas de organización, promoción, educación y capacitación que

potencien las capacidades del adulto mayor, mejoren su calidad de vida y estimulen su permanencia en la familia y su comunidad.”

Recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF): la Ley No. 8783 del 2009 “*Reforma Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares No. 5662, Ley de pensión para discapacitados con dependientes No. 7636, Ley de creación del ICODER No. 7800, Ley del Sistema Financiero Nacional para Vivienda No. 7052 y Ley de creación del Fondo Nacional de Becas No. 7658*”, establece que de los recursos del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) se destinará (artículo 3): *d) como mínimo, un 0,25% a la atención de personas adultas mayores y personas con discapacidad internadas en establecimientos destinados a ese efecto (se autoriza que hasta un cincuenta por ciento de estos recursos sean destinados a cubrir los costos de la planilla del personal especializado encargado de atender a personas adultas mayores y personas con discapacidad internadas en centros públicos o privados, diurnos y permanentes).*

Los recursos públicos que se originan en estas tres fuentes tienden a beneficiar a las personas en situación de pobreza, riesgo social o abandono, aunque no exclusivamente —con excepción de los fondos de FODESAF.

En el caso de los recursos de la lotería, como se ha señalado, la JPS privilegia la atención de la población adulta mayor con mayores carencias económicas, según lo establecido en el “Manual de criterios para la distribución de recursos de la ley 8718”, específicamente apoyando organizaciones que “*procuren la atención integral de la persona adulta mayor de escasos recursos económicos, que no cuente con posibilidad de atención en el seno familiar, o que por carecer de recurso familiar debe ser institucionalizada*”. Por ello, la distribución de los recursos entre los hogares y centros diurnos toma en cuenta, entre otros, la cantidad de población atendida por cada uno de ellos con ingreso (por pensión, aporte familiar u otro de cualquier índole) inferior al 50% del costo de atención definido por el CONAPAM en el caso de los asilos de ancianos, o cuyo aporte al centro sea menor al 50% del costo de atención en los centros diurnos.

En el caso del impuesto a los licores, cervezas y cigarrillos, aunque la ley No. 7972 asigna un presupuesto específico para financiar programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia, deja una porción muy elevada de los recursos destinados a los adultos mayores para “distribuir proporcionalmente entre los hogares, albergues y centros diurnos de atención de ancianos, de acuerdo con el número de beneficiarios que cada uno atiende”, sin que necesariamente se trate de personas en situación de pobreza o que se encuentren en situación de necesidad económica.

En cambio, la ley de FODESAF es clara en señalar (artículo 2) que “son beneficiarios de este Fondo los costarricenses y extranjeros residentes legales del país... (que) se encuentren en situación de pobreza o pobreza extrema”.

En el año 2009 se transfirieron a los hogares de ancianos y centros diurnos 10.086,5 millones de colones (cuadro 12), cifra que representa un 0,06% del PIB. En ese mismo año el gasto público social total en el país ascendió a cerca de 3,7 millones de millones de colones —según cifras de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria del Ministerio de Hacienda—, esto es un 22,3% del PIB, lo que permite afirmar que la asignación de recursos públicos para la prestación de servicios de cuidado para la población adulta mayor es relativamente baja.

Del monto total transferido en ese año a los hogares de ancianos y centros diurnos, tres cuartas partes (75,6%) corresponden a las transferencias de la JPS correspondientes a las rentas de la lotería nacional, y la cuarta parte restante a los recursos transferidos por CONAPAM, correspondientes al impuesto a los licores, cervezas y cigarrillos y los recursos de FODESAF.

CUADRO 12
COSTA RICA: RECURSOS DESTINADOS A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR LA JPS Y
CONAPAM, 2009
(en millones de colones)

Institución	Monto
Total transferencias a hogares de ancianos y centros diurnos	10 086,5
Junta de Protección Social	7 631,8
transferencias a hogares de ancianos y centros diurnos	7 228,3
otras transferencias ^a	403,5
CONAPAM	
transferencias recibidas	3 406,2
impuesto licores, cervezas y cigarrillos	2 112,7
recursos de FODESAF	1 293,5
transferencias realizadas	2 941,9
a hogares de ancianos y centros diurnos	2 858,2
otras transferencias ^b	83,7

Fuente: JPS (2010) "Utilidades generadas por las loterías nacionales para los sectores beneficiados 2009 (leyes 1152, 7395, 8718)" y Contraloría General de la República.

^a Específicamente a la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), a la Cruzada Nacional de Protección al Anciano, a la Asociación pro Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, y a entidades dedicadas a capacitación de organizaciones de adultos mayores.

^b Específicamente a la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), a la Fundación de la Universidad de Costa Rica para la Investigación (FUNDEVI) y a las Municipalidades de Talamanca y Matina.

Por último, se debe destacar que las fuentes donde se originan los recursos que actualmente se canalizan a estos servicios —ventas de lotería, impuesto a los licores, cervezas y cigarrillos, impuesto a las planillas, y una suma definida de recursos de la recaudación de impuestos en general— dependen en gran medida del desempeño económico, de manera que aumentos significativos en los recursos disponibles para la prestación de estos servicios solamente se lograrán en períodos de expansión económica, y por el contrario, en períodos recesivos, habrán contracciones o menores crecimientos en los recursos disponibles. Este es un aspecto relevante a considerar en la conformación de la Red Nacional de Cuido de la Población Adulta Mayor, al cual se hace referencia en el siguiente capítulo.

IV. Contexto global, la propuesta de CONAPAM y la experiencia internacional

En este capítulo se brinda una visión global del contexto país en que se enmarca la necesidad de consolidar la Red Nacional de Cuido para las Personas Adultas Mayores retomando algunos de los aspectos destacados en los capítulos previos. Posteriormente se presenta la propuesta de CONAPAM “Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica”, que constituye uno de los pilares para la consolidación de la Red. Finalmente se consideran algunos aspectos relevantes de la experiencia internacional que pueden nutrir el proceso.

A. Contexto global

Como se ha visto, Costa Rica se encuentra inmerso en un proceso de envejecimiento de su población, que si bien es gradual, avanza con celeridad, y para el año 2025 se estima que un 11,5% de la población total del país será adulta mayor (65 años o más). Para ese mismo año se estima, de forma conservadora, que en prácticamente uno de cada cuatro hogares costarricenses (25%) habrá una persona adulta mayor (en un 7% de los hogares más de una persona de este grupo de edad), y que poco más de un 10% del total de hogares del país estará conformado solamente por personas adultas mayores (lo que representa casi la mitad —cerca de un 45%— del total de hogares que cuentan con personas adultas mayores entre sus miembros).

El reconocimiento del envejecimiento de la población y acciones concretas al respecto se han dado de forma creciente y sostenida en el tiempo. Uno de los hechos más relevantes en este sentido es la promulgación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor de 1999 (No. 7935), que busca garantizar el cumplimiento de los derechos y beneficios para este grupo. La misma ley crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), como ente rector en materia de envejecimiento y vejez, encargado de formular las políticas y los planes nacionales en la materia.

Este Consejo ha establecido que la atención de las personas adultas mayores dependientes deberá regirse por los siguientes principios (CONAPAM, 2006):

- atención integral: acceso a servicios que les aseguren mayores niveles de bienestar;
- realización personal: oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, sus capacidades y habilidades de acuerdo con sus preferencias personales;
- independencia: equilibrio entre el bienestar físico, intelectual, social, emocional, mental y espiritual que les permita desenvolverse por sí mismas;
- igualdad de oportunidades: no ser discriminadas en ninguna situación por razones de edad; dignidad: derecho a vivir con dignidad y seguridad, ser tratadas con respeto y consideración y verse libres de explotaciones y de malos tratos, físicos o mentales;
- participación: derecho a participar en la vida social, económica, política, educativa, cultural, deportiva y recreacional del país;
- permanencia en el núcleo familiar y comunitario: derecho a permanecer integradas a su familia y a la comunidad, participando activamente en las decisiones que afectan su bienestar.

En el caso específico de la atención integral, los apoyos requeridos por las personas adultas mayores se clasifican, según CONAPAM (2010), en:

- i) actividades de la vida diaria: que se refiere a las acciones que cada persona realiza, tales como comer, vestirse, movilizarse, bañarse, usar el sanitario o comunicarse, que persiguen la satisfacción de necesidades básicas y autocuidado;
- ii) instrumentales: que son aquellas acciones que se requieren generalmente para relacionarse con los demás y lograr otras metas, tales como el uso de transporte, labores del hogar, compras, información útil y cuidado;
- iii) emocionales: que son necesidades básicamente asociadas con la satisfacción de necesidades emocionales y afectivas, como manejo de afectos, compañía, empatía, reconocimiento de roles y escucha;
- iv) salud: son necesidades asociadas al autocuidado, valoración, control y atención de la salud integral de las personas: atención médica, psico-social y nutricional y hábitos de vida saludable, en los que las personas adultas mayores pueden requerir apoyo para acompañamiento, orientación, recordatorio, o cuidado directo;
- v) económicos: que incluye dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios; y
- vi) recreativos: que incluye actividades al aire libre, deportes, clubes o grupos de lectura, baile, u otros.

Una estimación preliminar realizada como parte del presente, muestra que 3 de cada 10 personas adultas mayores tiene dificultades para realizar actividades de la vida diaria —como comer, vestirse, movilizarse, etc.—, es decir, presentan situaciones de dependencia, e inclusive el 8,3% de la población presenta una alta dependencia. El cuidado en Costa Rica ha recaído hasta ahora

principalmente en sus familias, y dentro de ellas, particularmente en las mujeres. Como complemento al cuidado familiar (informal), han surgido una serie de servicios formales en las modalidades de hogares, albergues y centros diurnos, prestados por organizaciones sin fines de lucro, con orígenes religiosos o comunales principalmente, que cuentan con financiamiento estatal (por lo que se constituyen iniciativas ‘mixtas’). También hay unos pocos establecimientos que brindan servicios formales eminentemente privados en las mismas modalidades —principalmente hogares—, con una cobertura muy reducida.

La cobertura de los servicios formales de cuidado financiados con recursos públicos es baja, pues se estima que en el 2010 a lo sumo un 2% de la población adulta mayor estaba siendo atendida mediante las tres modalidades principales en el país (hogares, albergues y centros diurnos)¹². Un 0,5% del total de adultos mayores están institucionalizados. El gasto público en esos programas es igualmente bajo, y en el 2009 apenas alcanzó un 0,06% del PIB.

Cuatro elementos relevantes están forzando cambios en el modelo de cuidado en el país. Por una parte, una mayor inserción de las mujeres en el mercado de trabajo, que limita sus posibilidades de cuidado. Por otra, la dinámica demográfica se refleja en una reducción del tamaño de las familias, lo cual plantea a futuro el problema —desde la perspectiva del modelo vigente— de la reducción en el número de cuidadores potenciales en las familias. Junto con las dos anteriores, un tercer elemento relevante es el reconocimiento (cambio cultural) de que el cuidado de las personas adultas mayores debe pasar de ser un asunto femenino a ser un asunto también masculino, y de ser un asunto privado familiar, a ser un asunto público, con una elevada participación comunal. Por último, el ya mencionado principio de la permanencia en el núcleo familiar, entendido como que, en la medida de lo posible, las personas adultas mayores deben permanecer integradas a su núcleo familiar y su comunidad, participando activamente en las decisiones que afectan directamente su bienestar (artículo 16 de la “Ley integral para la persona adulta mayor” y CONAPAM, 2006).

En ese contexto, la actual administración del país (Chinchilla Miranda, 2010-2014) ha definido entre sus prioridades impulsar la conformación de una red nacional de cuidado para personas adultas mayores. Ello ha quedado plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 (MIDEPLAN, 2010).

Este plan incluye un conjunto de acciones estratégicas y metas en cuatro ejes de gestión: i) Bienestar social; ii) Seguridad ciudadana y paz social; iii) Ambiente y ordenamiento territorial; y iv) Competitividad e innovación. En el caso específico del eje “bienestar social”, las acciones estratégicas van encaminadas a: i) el fortalecimiento de las políticas sociales universales; ii) mejorar el acceso a la vivienda; iii) el mejoramiento de la empleabilidad de la fuerza de trabajo; iv) la atención integral y reducción de la pobreza extrema; y v) el cuidado y atención integral a la niñez y tercera edad. Esta última, en lo referente a las personas adultas mayores, consiste en el desarrollo de una Red Nacional de Cuidado.

La meta específica para esta Red propuesta en el Plan Nacional de Desarrollo vigente consiste en aumentar la cobertura de la atención mediante diversas modalidades en 2.500 personas entre 2011 y 2014. Las instituciones responsables de esta Red son el IMAS y el CONAPAM y el presupuesto estimado para lograr la meta propuesta para el período 2011-2014 es de 10.000 millones de colones.

¹² Esa magnitud, 2% —o lo que es lo mismo, 20 por mil—, estimada a partir de la cantidad de beneficiarios según JPS (2010) y las cifras de población de INEC y CCP (2008)-, difiere de la señalada por Morice (2010), de 104 por mil.

B. La propuesta de CONAPAM “Red de atención progresiva para el cuidado integral”

El CONAPAM, con el apoyo de un grupo selecto de especialistas en la temática del adulto mayor, y mediante un proceso participativo, formuló una propuesta denominada “Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica” (CONAPAM, 2010) —en adelante “red de atención progresiva”—, que avanza en el desarrollo de la Red Nacional destacada en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014.

Esta Red se define como “*la estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, articuladas por acciones, intereses y programas, en procura de garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de necesidades a las personas adultas mayores del país, promoviendo así una vejez con calidad de vida*” (CONAPAM, 2010: 5).

Un aspecto relevante de esta Red es que pretende “ofrecer respuestas diferenciadas según las características y necesidades de las personas adultas mayores, así como del entorno” (CONAPAM, 2010: 5). Así, además de los hogares y centros diurnos, la Red establece cuatro nuevas modalidades de atención, y fortalece la modalidad de asistente de atención domiciliar, que como se destacó previamente, se utilizaba en escala reducida:

i) *Asistente domiciliar de persona adulta mayor*: es una estrategia que procura mantener a la persona adulta mayor, en su lugar de residencia habitual, cuando no cuente con recursos propios para el cuidado, proporcionándole la ayuda que requiera, tanto para actividades de la vida diaria como instrumentales. Se implementa por medio del voluntariado de la comunidad o de cuidadores debidamente capacitados/as, quienes de acuerdo con las necesidades y la capacidad funcional de cada persona, le atienden y ayudan en las acciones requeridas en el lugar de residencia habitual. Son acciones que van desde ayudar con el baño diario, preparar y brindar la alimentación, aseo de la casa, cuidados médicos, hasta acompañamiento a citas médicas, uso de transporte público, realización de compras o pagos, por ejemplo. Por tanto, el tiempo y tipo de ayuda, dependerá de las necesidades que se determinen para cada persona. Para algunos de estos casos puede requerirse de previo un diagnóstico y recomendaciones médicas.

ii) *Familias solidarias*: se trata de una alternativa de reubicación de personas en una situación de riesgo social, en una familia, con o sin vínculo de consanguinidad, en donde se le brinde alojamiento, alimentación, cuidados de la enfermedad, asistencia en las actividades de la vida diaria y se le integre a la dinámica familiar. Esta propuesta, representaría una alternativa laboral y una fuente de ingresos a familias de escasos recursos, que acepten el rol de cuidadoras.

iii) *Hogares comunitarios*: a las personas adultas mayores se les reubica en una vivienda de alquiler y se les asigna uno/a o los/as cuidadores (según se requiera) previamente capacitados para ello. En los hogares comunitarios la persona a cargo del cuidado, suple las alternativas de alojamiento, alimentación, cuidados de la enfermedad, asistencia en las actividades de la vida diaria e integración a una dinámica familiar o al menos creando vínculos afectivos y de pertenencia. Esta constituye una propuesta para ofrecer nuevos recursos de cuidado para personas adultas mayores con independencia funcional o sin ella, carentes de redes de apoyo familiar, vivienda y recursos económicos.

iv) *Viviendas comunitarias en modalidad de albergue*: son residencias independientes, con áreas de uso común, concebidas bajo la modalidad de albergues. Deben ser construidas de manera que faciliten la autonomía de las personas beneficiarias, ubicarse en áreas que no representen peligro, proporcionar seguridad, comodidad y adoptar criterios de diseño y organización de espacios que estimulen y faciliten las relaciones grupales y privadas. Serán facilitadas a personas

adultas mayores mediante la figura del contrato de comodato, dependiendo del puntaje que cada persona evaluada obtenga en una ficha de calificación social, según los parámetros que definirá el CONAPAM. Está focalizado en personas beneficiarias autovalentes que requieran solución habitacional, deseen vivir solas o en pareja afectiva de hecho o derecho y que estén dispuestas a participar en un modelo de apoyo socio comunitario. Permite que las personas adultas mayores autogestionen su vida al interior de ella y reciban apoyo socio comunitario que promueva su socialización e integración.

v) *Atención domiciliaria*: es un programa de asistencia y acompañamiento en acciones de la vida diaria, que ofrece ayudas tales como alimentos, ropa, medicamentos, mejoras en la infraestructura de la vivienda y ayudas técnicas —sillas de ruedas, bastones, camas, entre otras—.

Lamentablemente la propuesta (CONAPAM, 2010) no indica la importancia que tendrá cada una de las modalidades de atención dentro del cuidado global, ni los criterios que privarán para definir cual modalidad o combinación de modalidades se aplicará en cada caso. Sin embargo, para efectos del presente, se considera que la inclusión de las nuevas modalidades de atención que enfatizan en el cuidado de las personas en sus hogares o domicilios con apoyo de terceros, así como la intención de ofrecer respuestas diferenciadas según las características y necesidades de las personas, constituye un cambio en el modelo de atención. Este cambio, como se verá más adelante, responde a las tendencias internacionales.

La red de atención progresiva también promueve la creación de clubes o grupos de personas adultas mayores, que realizan actividades recreativas, culturales, artísticas, de autoayuda y de otra naturaleza; creando pertenencia, facilitando la conformación de vínculos de amistad, mejorando la autoestima y salud general de los participantes, entre otras.

Se proponen también cambios organizativos. Entre ellos, desarrollar una Red de comités locales de cuidado de las personas adultas mayores, integrados por al menos dos instituciones (idealmente la CCSS, el Ministerio Salud, el IMAS o la Municipalidad), representantes de las organizaciones no gubernamentales y de la población adulta mayor. Estas trabajarán a nivel local con autonomía y metas propias, pero dentro del marco global establecido a nivel superior. Los comités locales formarán parte de comités cantonales, estos a su vez de regionales, y estos últimos del comité nacional de coordinación interinstitucional. El CONAPAM actuará como gestor de la Red y será responsable de su seguimiento, a la vez que define las políticas para el adulto mayor, considerando el marco de la política social global.

Las metas específicas de la red de atención progresiva para el período 2011-2014 consisten en: i) incrementar la cobertura actual de la red en al menos un 50% (en las distintas modalidades); y ii) conformar 40 redes locales de protección y atención integral de personas adultas mayores en cantones y comunidades prioritarias (CONAPAM, 2010). Es importante destacar que esa primera meta es consistente con la definida en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 (aumentar en 2.500 el número de personas adultas mayores atendidas), pues en ambos casos se toma como línea de base que al 2010 se atienden en las diferentes modalidades un total de 5.000 personas adultas mayores.

En el caso de la segunda meta, es relevante el énfasis que se pone en los cantones y comunidades prioritarias, definidas en este caso por el Gobierno a partir de sus índices de desarrollo social y niveles de pobreza, exclusión social y violencia. La propuesta destaca como población beneficiaria, los adultos mayores en riesgo social.

C. Algunos aspectos relevantes de la experiencia internacional

En el cuidado de personas adultas mayores la experiencia internacional es muy variada y sus resultados muy diversos; sin embargo, algunos aspectos relevantes pueden nutrir con sus lecciones las políticas que nuestro país realice en este ámbito.

El cuidado de los adultos mayores desde la perspectiva de la política social

Un primer aspecto a considerar es la forma como se enfrenta el tema de los adultos mayores desde la perspectiva general de la política social. Luego de analizar los regímenes de protección social¹³, Jaccoud (2010) concluye que si bien se observan características distintas entre ellos, en general se pueden identificar dos amplios modelos de respuestas públicas al problema de la dependencia (que incluye aquí tanto a las personas adultas mayores como a las personas con discapacidad): aquellos países en los que la dependencia se considera un riesgo social y por lo tanto la atención a las personas dependientes se considera dentro de los sistemas de protección social; y los países en los que se opta por la implementación de programas que forman parte de la oferta pública de servicios.

En el primer caso, el de los países que consideran la dependencia como un riesgo, el punto de partida es, según la autora (Jaccoud, 2010), la valoración de que la asistencia social no es la política más adecuada para hacer frente a un problema que será cada vez mayor y cuyos costos no pueden cubrirse con el ingreso medio de los adultos mayores. Entre estos países se encuentran Alemania y Japón, que en 1994 y 1997 respectivamente, aprobaron la creación de un seguro de dependencia como un nuevo ramo de la seguridad social. Posteriormente otros países, como Austria y Luxemburgo, avanzaron en la misma línea. En estos casos se establecen reglas de cotización para empleados y empleadores. En el caso alemán, el acceso al seguro y a sus beneficios depende de la evaluación del nivel de dependencia del demandante, sobre la base de un sistema de clasificación de su situación funcional, de acuerdo con grados y niveles de gravedad. Los beneficios cubren una parte considerable de los costos pero no la totalidad, de modo que —de ser posible— el beneficiario participa en el financiamiento de los servicios. El sistema procura atender las necesidades de las personas dependientes mediante la oferta directa de servicios, pero también permite el acceso a los servicios del sector privado por medio de la asistencia monetaria.

En Francia, señala Jaccoud (2010), se creó en el 2002 un beneficio no contributivo para personas dependientes, el Beneficio Personalizado de Autonomía, que pretende garantizar el acceso

¹³ Tomando como base la caracterización de los diferentes modelos de protección social realizada por Esping-Andersen (1990 y trabajos posteriores) y a diferentes autores, Jaccoud (2010) se refiere a los regímenes de protección social de la siguiente forma:

- a) Régimen socialdemócrata: se da en los países nórdicos y se caracteriza por el mantenimiento de una protección social de gran amplitud, tanto en términos de la población cubierta como de la oferta. La protección social es una responsabilidad pública, y promueve el acceso universal a servicios y beneficios, independientemente de los aportes realizados o de la comprobación de la situación de pobreza. El financiamiento cuenta con el aporte del beneficiario, en función de sus ingresos. Poca oferta privada.
- b) Régimen conservador: predomina entre los países de Europa continental y se basa en el seguro social obligatorio orientado a la protección de los riesgos sociales y su objetivo principal es la garantía del ingreso a los trabajadores imposibilitados de acceder al mercado de trabajo. Además de la cobertura casi universal ante un conjunto considerable de riesgos sociales, el régimen conservador se caracteriza por una marcada intervención del Estado en el ámbito social. Sin embargo, a diferencia del régimen anterior, admite una considerable participación del sector privado sin fines de lucro en la oferta de servicios asistenciales. El régimen ha privilegiado la entrega de beneficios monetarios sobre la prestación de servicios. Destaca la centralidad de la familia como cuidadora, oferta limitada de servicios. Financiación con recursos públicos y privados mediante diferentes modalidades.
- c) Régimen liberal: aplicado en países como Inglaterra, Irlanda, Canadá y Estados Unidos, se caracteriza por una menor responsabilidad pública, dejando un amplio margen a la prestación de servicios privados, con o sin fines de lucro. Se estimula a individuos y familias a asumir la responsabilidad financiera por el acceso a los servicios, ya sea con recursos propios o mediante recursos tradicionales del seguro social. La atención pública se limita a los grupos con menores ingresos. Hay además una fuerte relación entre el Estado y las entidades que prestan servicios, sobre la base de la compra de servicios.
- d) Régimen mediterráneo: como se denomina el aplicado en España, Italia, Grecia y Portugal, se caracteriza por una escasa oferta de servicios sociales, ya sea de origen público o privado, que se explica por una marcada presencia de redes familiares. Por ello, este régimen también ha sido denominado 'modelo tradicional de atención doméstica'.

a los cuidados y servicios necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria. Aunque se toman en cuenta los ingresos de las personas, el acceso al beneficio da prioridad a las necesidades de cada uno. Posteriormente en el 2005 se creó la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía, que además de recursos de la Contribución Social Generalizada, cuenta con aportes de los seguros de salud y pensiones. Esto último se deriva del reconocimiento de la dependencia como un riesgo social, y la necesidad de que el sistema contributivo aporte para el fomento de la oferta de servicios y establecimientos para esta población.

En el segundo caso, el de los países que han avanzado en la política de protección a las personas dependientes a partir de la ampliación de la oferta pública de servicios y del financiamiento mayoritario mediante tributos generales, señala Jaccoud (2010) que hay diferencias importantes entre las distintas experiencias. En Dinamarca y Suecia se trata de mantener una amplia oferta de servicios públicos de cuidados para las personas dependientes. El usuario también cubre una parte de los costos de los servicios de acuerdo con sus ingresos. En España, la aprobación en el 2006 del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) significó un reconocimiento de la existencia de un cuarto pilar del Estado de bienestar, a la par de los sistemas de salud, educación y pensiones. El nuevo sistema garantiza el acceso a las personas dependientes, cualquiera sea su edad, a servicios ofrecidos por instituciones y programas públicos y entidades privadas, con o sin fines de lucro. El acceso se garantiza de acuerdo con el grado y nivel de dependencia y los beneficiarios participan del financiamiento conforme a sus ingresos y patrimonio. En la implementación del sistema se dio prioridad a la atención de las personas con mayor grado de dependencia.

En Inglaterra, señala Jaccoud (2010), la oferta de servicios de cuidados para personas dependientes está bajo la responsabilidad de un amplio conjunto de actores. El Servicio Nacional de Salud, las autoridades locales, las instituciones de caridad y los propios adultos mayores ofrecen cuidados desde las casas de cuidado y las casas de reposo (con y sin fines de lucro), los servicios de asistencia domiciliaria y de cuidados diarios, los servicios sociales de las autoridades locales y los servicios de salud comunitarios. Los servicios brindados por el Servicio Nacional de Salud son gratuitos, mientras que los ofrecidos por las autoridades locales se cobran de acuerdo con las condiciones financieras del usuario, teniendo en cuenta el ingreso y el patrimonio de la persona.

Concluye la autora (Jaccoud, 2010) con la identificación de algunas iniciativas comunes entre la diversidad de las experiencias internacionales —que deberían entenderse entonces como las mejores prácticas—, referidas a la organización, financiamiento y provisión de cuidados de larga duración:

- i) distinción entre servicios de salud y servicios de cuidados prolongados;
- ii) establecimiento de sistemas de clasificación de la situación de dependencia;
- iii) renovación (semestral o anual) de la certificación de la situación de dependencia funcional que da acceso a los beneficios;
- iv) elaboración de planes individualizados de cuidados de larga duración;
- v) prioridad de los cuidados de larga duración domiciliarios;
- vi) participación de los usuarios en el financiamiento del sistema;
- vii) incentivos para cuidadores informales (servicios de apoyo y beneficios pecuniarios);
- viii) descentralización de la gestión de los sistemas.

En Costa Rica, dado que el sistema de seguridad social es bastante desarrollado, podría discutirse sobre la conveniencia de incluir la dependencia como un riesgo adicional a la salud y las pensiones, o de seguir con el esquema actual de atención integral mediante la combinación de la

oferta de servicios públicos, que incluyen por una parte los servicios formales de cuidado (en sus diferentes modalidades —hogares de ancianos, centros diurnos, etc.—), más los servicios de salud, los ingresos para la supervivencia por la vía de las pensiones contributivas y no contributivas, y otros servicios públicos.

Otros aspectos de los arriba destacados como ‘mejores prácticas’ serán tomados en cuenta en el capítulo siguiente, aunque más adelante en el presente se hace referencia a dos de ellos, la prioridad de la atención domiciliar y la calificación de la dependencia.

La expansión de los servicios de atención domiciliar

Casado y López (2001) definen los cuidados de larga duración como todas aquellas actividades que se llevan a cabo por períodos prolongados con el propósito de que las personas adultas mayores dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible (como por ejemplo ayudar a una persona mayor a comer, a vestirse o a bañarse). Antes de finales de los años sesenta, en la mayoría de los países estos cuidados eran brindados casi que en su totalidad de manera informal (principalmente por familiares, amigos y vecinos), limitándose los formales a los dispensados en residencias y hospitales (Kalish et al., 1998). Sin embargo, en esa época comenzaron a desarrollarse los primeros programas de atención domiciliar en los países escandinavos, los cuales se extendieron por los países desarrollados, y hoy día juegan un papel relevante en todos ellos.

En línea con lo indicado en el artículo 16 de la “Ley integral para la persona adulta mayor” —al que ya se hizo referencia—, existe consenso internacional sobre la importancia de que estas personas permanezcan integradas a su núcleo familiar y su comunidad. Entre otros muchos ejemplos, destaca el hecho de que la OMS (2002) proponga entre las políticas fundamentales para mejorar la situación de la población adulta mayor, lo siguiente: “Envejecimiento en el hogar y en la comunidad: *proporcionar políticas, programas y servicios que permitan a las personas permanecer en sus hogares a medida que envejecen, con o sin otros miembros de la familia, de acuerdo con sus circunstancias y preferencias. Apoyar a las familias que tienen en sus hogares personas ancianas que necesitan asistencia. Proporcionar ayuda mediante alimentos y mantenimiento de la casa, así como el apoyo de la enfermería a domicilio cuando sea necesario.*” Por ello, no debe extrañar entonces que Jaccoud (2010) incluya entre las mejores prácticas la prioridad de los cuidados de larga duración domiciliarios.

En el caso costarricense, el nuevo modelo de atención que surge de la propuesta de red de atención progresiva con la inclusión de los servicios o modalidades de asistente domiciliar, familias solidarias, hogares comunitarios, viviendas comunitarias en modalidad de albergue y atención domiciliar, constituye un avance positivo e importante en el sentido que indica la ley nacional y marca la experiencia internacional. Sin embargo, no debe entenderse que la ampliación de estos servicios significa la desaparición de los servicios residenciales o aquellos que implican institucionalización de las personas, sino que más bien estos servicios probablemente requieran ser ampliados para garantizar la atención a todos aquellos adultos mayores para los que el cuidado informal no es una opción real, especialmente en función de su situación de dependencia.

Utilizando como fuente diferentes publicaciones, Rodríguez (2006) señala que a principios de la década del 2000, las plazas en residencias y otros alojamientos representaban respecto a la población adulta mayor un 13% en Dinamarca, un 9% en Holanda, un 6,7% en Francia, un 4,1% en Alemania, y un 3,8% en España. Por su parte, los servicios domiciliarios formales cubrían, de la misma población, un 31% en Dinamarca, un 20% en Holanda, un 12,5% en Francia, un 8,6% en Alemania, y un 3,1% en España.

Si bien los perfiles de dependencia y, como se verá a continuación, los recursos públicos asignados para estos servicios son diferentes entre Costa Rica y los países europeos, lo cierto es que para el caso nacional la cobertura de los servicios formales parece relativamente baja. Como se recordará, en el 2010 a lo sumo un 2% de la población adulta mayor estaba siendo atendida mediante las tres modalidades principales de servicios formales (hogares, albergues y centros diurnos), y solamente un 0,5% se encontraba institucionalizada.

El costo de los servicios

Más allá de la calidad de los servicios de cuidados de larga duración —que es una variable de difícil medición y comparación internacional—¹⁴, los costos globales de prestación de estos servicios se relacionan con varios factores, entre los que destacan los modelos de atención, los niveles de dependencia de la población adulta mayor, y la capacidad de las familias de apoyar y cuidar a estas personas. Jacobzone y Oxley (2002) realizaron una estimación del gasto público en esos servicios en países de la OECD en 1997, y encontraron que los países nórdicos son los que muestran mayores niveles de gasto (Suecia 3,8% del PIB, Noruega 3,0%, Dinamarca 1,9% y Finlandia 1,6%). Francia, Alemania y Reino Unido destinan entre 0,6% y 0,7% del PIB, y la mayoría de los demás países 0,4% o menos.

En cualquier caso, estas cifras están muy alejadas del 0,06% que Costa Rica destinó en el 2009 a la generalidad de programas formales de cuidado de personas adultas mayores. El proceso de envejecimiento que vive el país y el aumento en la demanda por este tipo de servicios, seguirá generando presiones sobre el gasto público social, como ha sucedido en los países desarrollados.

La calificación de los niveles de dependencia

Como se destacó en los dos primeros capítulos, determinar el nivel de dependencia de la población atendida o potencialmente atendida es clave para planificar la prestación de los servicios, pero requiere complejas valoraciones.

La Ley de Dependencia de España, que configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia ya aludido, conocido como SAAD, define como dependencia el "*estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal*". A su vez, la autonomía se entiende como "*la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria*".

Al igual que la definición de la JPS destacada en los capítulos anteriores, la Ley de Dependencia de España da una clara idea de lo que debe entenderse por dependencia. El paso importante es la adecuada calificación del grado de dependencia, de la cual dependen los beneficios que se otorgan.

La legislación española define tres grados de dependencia:

- Primer grado o dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo.

¹⁴ Una comparación de este tipo requiere un gran número de variables, como la cantidad de horas de atención domiciliaria, la infraestructura de los centros residenciales, la cantidad y especialización del personal, etc., lo cual la hace muy compleja.

- Segundo grado o dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Tercer grado o gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Para determinar el grado de dependencia se definió el “Baremo de Valoración de la Dependencia” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Decreto 504/2007) que se basa en la aplicación de un cuestionario y en la observación directa de la persona por parte de un profesional calificado (y que además haya sido capacitado en la aplicación).

Si bien existen otras experiencias en la forma en que se califica la dependencia —como por ejemplo en Alemania, donde se considera el tiempo de ayuda diaria que requiere la persona dependiente, o en Francia, donde se basa en el tipo de ayuda que la persona necesita—, la experiencia española parece relevante para ser aplicada en el caso costarricense.

V. Recomendaciones específicas para consolidar la Red Nacional de Cuido para las Personas Adultas Mayores

Los servicios formales de cuidado de la población adulta mayor prestados hasta ahora en el país y su organización, más los que resulten de la expansión y organización propuesta por la “Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica” (CONAPAM, 2010), son los pilares sobre los que se consolidará la Red Nacional de Cuido para las Personas Adultas Mayores.

Las nuevas modalidades de atención consideradas en la red de atención progresiva —especialmente el fortalecimiento de la atención domiciliaria—, así como la pretensión de ofrecer respuestas diferenciadas según las características y necesidades de las personas adultas mayores —principalmente el grado de dependencia y el entorno—, junto con la propuesta organizativa de esa red, confirman el avance del país en la constitución de un nuevo modelo de cuidado, que privilegia las acciones que mantienen a las personas adultas mayores integradas a su núcleo familiar y su comunidad pero considerando sus particularidades, y que además asigna mayores responsabilidades a las propias comunidades pero también a las instituciones públicas. Sin embargo, debe quedar claro que el nuevo modelo no pretende sustituir el cuidado en el hogar brindado por familiares, sino que busca “*nuevos equilibrios de apoyo a las personas que reciben cuidados y a sus cuidadores, en el marco de diversas formas de corresponsabilidad que sustentan las políticas*” (Sojo, 2010).

A continuación se presentan una serie de recomendaciones para lograr consolidar la Red Nacional de Cuido de las personas adultas mayores, las cuales consideran no solo las acciones inmediatas, sino la visión de largo plazo que debe imperar en el proceso.

1) Es necesario conocer con mayor detalle el número y ubicación de las personas adultas mayores, pero especialmente, su nivel de dependencia: el censo de población del año 2011 brindará información sumamente importante sobre la cantidad y lugar de residencia de la población adulta mayor del país, lo cual constituye un insumo de gran importancia para conocer la suficiencia o insuficiencia de los servicios que actualmente se brindan a nivel local —y tomar las decisiones correspondientes—, pero además para avanzar en la planificación del desarrollo de nuevos servicios. Adicionalmente se debe prever la inclusión de módulos específicos en la encuesta de hogares a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), que versen sobre la problemática general que enfrenta esta población.

La red de cuidado debe conformarse considerando diferentes perfiles de dependencia según su complejidad. De allí que para una adecuada planificación de los servicios sea necesario conocer el grado de dependencia física, social y mental de estas personas, identificando aquellos casos que requieren un acompañamiento directo y constante, que le suministre los cuidados acordes a sus necesidades, ya sea por parte de una persona de la familia, de un tercero o una institución.

Como se ha destacado, la experiencia española parece relevante para Costa Rica, por lo que se propone la adecuación del Baremo de Valoración de la Dependencia español de acuerdo a las características nacionales.

Además, dado que la valoración de la dependencia debe ser realizada por personal calificado, y que los servicios de atención primaria de salud cubren la totalidad del país, se propone que los Asistentes Técnicos en Atención Primaria de Salud (ATAP) que laboran con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) sean los responsables de realizar las valoraciones. La información será recopilada institucionalmente (CCSS), y canalizada a CONAPAM. Esto implica un mayor involucramiento de la CCSS en la temática de la población adulta mayor más allá de la atención médica propiamente.

Las mejores prácticas internacionales en este sentido recomiendan la renovación semestral o anual de la certificación sobre situación de dependencia funcional que da acceso a los beneficios asistenciales (Jaccoud, 2010). Ello implica entonces la necesidad de evaluar la dependencia de forma continua.

Todo lo anterior forma parte de un proceso permanente, que va desde la cuantificación de las necesidades en función de las características de la población (grado de dependencia, tipo de apoyo requerido, lugar de residencia, situación socioeconómica, etc.), hasta la ampliación efectiva de la oferta de cuidado domiciliario y extradomiciliario según esas necesidades.

2) De la selectividad en favor de los pobres a la universalización: una de las principales características del modelo de cuidado de las personas adultas mayores vigente actualmente en la parte institucional es que el financiamiento estatal a las OBS está sesgado hacia la población en situación de pobreza, o en riesgo social o con mayores carencias, etc. Inclusive, en la propuesta de “red de atención progresiva” se señala que la población beneficiaria es la “población adulta mayor del país en riesgo social, que requiera algún tipo de atención integral para garantizar una vejez con calidad de vida, en cantones y comunidades determinadas como prioritarias por el actual Gobierno” (CONAPAM, 2010: 22).

Esto tiene su origen en lo que disponen las leyes que actualmente regulan el financiamiento a los servicios prestados por OBS. Sin embargo, debe tenerse presente que la problemática del envejecimiento se da a escala general en el país y, además, que menos de un 30% de las personas

adultas mayores forman parte de hogares en situación de pobreza. Inclusive, si se considera una situación de “vulnerabilidad a la pobreza” —entendida como aquella que enfrentan los hogares con ingresos per cápita superiores hasta un 40% superior al valor de la línea de pobreza—, a lo sumo un 45% de ellas se encontrarían en situación de pobreza o de vulnerabilidad a la pobreza.

El modelo de cuidado debe entonces ser diseñado para toda la población adulta mayor del país (universal), pero acompañado con la definición de un sistema que permita pagos directos dependiendo de la capacidad de pago de las personas adultas mayores y sus familias. Hay que destacar que en la práctica el sistema actual funciona de esa forma —es decir, con pagos mayores por parte de quienes tienen mayor capacidad de pago, tal como se indicó en el capítulo previo—, pero se debe hacer totalmente transparente y uniforme la forma como opera o debe operar el mismo. Esta recomendación es acorde con los puntos comunes de la experiencia internacional destacados por Jaccoud (2010), en el sentido de que los usuarios deben participar en el financiamiento del sistema mediante pagos directos (“gastos de bolsillo”).

Pero además, es de suma importancia considerar el grado de dependencia, pues debe tenerse presente que aunque las personas adultas mayores y sus familias tengan ingresos que superen ampliamente la línea de pobreza, estos ingresos generalmente resultarán claramente insuficientes para la atención de los adultos mayores con altísima dependencia, por lo que se requiere el apoyo de la acción pública. La recomendación específica consiste entonces en la definición de reglas claras de acceso y de pago directo de los servicios de atención financiados con recursos públicos en función del nivel de ingreso de las personas adultas mayores y de su grado de dependencia.

Esta recomendación tiene adicionalmente dos implicaciones. Por una parte, la urgencia de redefinir los mecanismos de asignación de recursos públicos a las OBS dando prioridad al número de beneficiarios según grado de dependencia, así como la situación de necesidad económica según el origen de los fondos (loterías, impuesto a los licores, cervezas y cigarrillos, o FODESAF). Por otra parte, ampliar la propuesta de red de atención progresiva para atender a la población adulta mayor que no necesariamente se encuentra en situación de necesidad económica (universalización).

Es claro que la política actual del gobierno ha puesto énfasis en la atención de las denominadas comunidades prioritarias, con elevados niveles de pobreza e inseguridad ciudadana, pero ello no resta importancia a la previsión de la expansión de los servicios, especialmente al haber mayor disponibilidad de información (censo de población, ATAP, etc.).

3) Es necesario terminar de definir el modelo de cuidado y fijar metas para el 2025. La propuesta de red de atención progresiva (CONAPAM, 2010) enumera y describe las modalidades de cuidado formal que se brindarán, pero no define los criterios que se utilizarán para definir cual modalidad o combinación de modalidades se aplicará en cada caso. El grado de dependencia y la disponibilidad y posibilidades reales de que las personas reciban cuidado familiar, son aspectos determinantes a considerar. Igualmente se deben precisar las modalidades de apoyo a los cuidadores en el ámbito familiar desde la política pública.

Esta definición es relevante e imprescindible y le corresponde realizarla al IMAS y al CONAPAM, como responsables de la Red según el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014.

Si bien, como se ha destacado, el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 y la propuesta de red de atención progresiva señalan como meta un aumento en la cobertura actual de la atención mediante diversas modalidades, de 2.500 personas entre esos años, es muy probable que la meta sea insuficiente para las necesidades reales del país. Por ello, además del corto plazo, se deben definir metas de mediano y largo plazo.

La estimación realizada en el primer capítulo muestra que un 30% de las personas adultas mayores del país podría presentar algún nivel de dependencia, e inclusive un 8% podría presentar

dependencia severa. Los servicios formales de cuidado en la actualidad atienden a lo sumo al 2% de la población adulta mayor total, y solamente el 0,5% están institucionalizados, sin que necesariamente sean las personas con mayor dependencia —como se desprende del análisis de dependencia realizado en los hogares de ancianos por la JPS (2010)—. Se puede presumir que la mayor parte de los casos de mayor dependencia son actualmente cuidados por familiares, con debilidades importantes en la atención. CCP y CONAPAM (2008: 91) destacan que “casi una de cada diez personas adultas mayores no satisface sus necesidades de apoyo”.

Es necesario entonces planificar adecuadamente la forma como se dará o debería dar la expansión de los servicios formales de cuidado en general y por modalidades, dando prioridad a la población con mayores niveles de dependencia, a su situación socioeconómica y considerando la posibilidad real y el interés de las familias en brindar los servicios de cuidado. Debe tomarse en cuenta también el tema de la universalización destacado en el acápite anterior. Esta planificación debe ir más allá del período 2011-2014, preferiblemente hasta el 2025, año en que se espera que el número de adultos mayores se duplique respecto al actual.

4) La expansión de la Red requiere financiamiento adicional: la expansión de la Red de Cuido para las personas adultas mayores requiere de recursos financieros adicionales. Para el corto plazo, la meta establecida tanto en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 como en la propuesta de red de atención progresiva, de aumentar la cobertura actual de la atención formal mediante diversas modalidades en 2.500 personas, supone un costo estimado de 10.000 millones de colones (en todo el período). Fijar metas más ambiciosas y para plazos mayores, implicará costos más elevados.

Si bien es cierto la propuesta la red de atención progresiva y el modelo de cuidado vigente en lo referente a los servicios prestados por las OBS (formales) tienen un alto componente de voluntariado, no se debe apelar solamente al mismo para lograr expansiones fuertes en la cobertura, e inclusive para la atención de los requerimientos de infraestructura física, mobiliario y equipo a los que ya se ha hecho referencia. Por ello, es necesario aumentar los recursos destinados a la prestación de estos servicios.

Debe tomarse en cuenta el aspecto ya señalado de que los recursos hasta ahora disponibles provenientes de las rentas de la lotería, el impuesto al licor, la cerveza y los cigarrillos, y los recursos con que se nutre FODESAF —recursos del presupuesto nacional e impuesto a las planillas—, dependen en gran medida de la situación económica global, por lo que difícilmente se ven, al menos en el corto plazo, incrementos fuertes en sus bases de cálculo.

Resulta relevante y urgente disponer de una adecuada estimación del costo de prestación de los servicios formales de cuidado, tanto los actuales como los nuevos propuestos en la red de atención progresiva, considerando además los niveles de dependencia. Esta información es clave para determinar las posibilidades de expansión de los servicios y su sostenibilidad futura.

Adaptando la propuesta de Casado y López (2001), la estimación de los costos futuros de cuidado formal de personas adultas mayores se sustenta en cuatro elementos que requieren ser debidamente precisados:

- a) El proceso de envejecimiento demográfico, esto es, la forma como aumentará el número de personas adultas mayores en el tiempo.
- b) La prevalencia de los problemas de dependencia en esa población, diferenciando grados de dependencia y aspectos específicos, especialmente la prevalencia de algunas enfermedades.

- c) Nivel previsto/deseable de utilización de los distintos servicios o de las diferentes modalidades de atención (atención domiciliaria familiar o con apoyo de terceros, asilos de ancianos, etc.).
- d) Costo unitario de cada uno de los servicios/modalidades.

El punto c) en particular requiere de decisiones políticas que determinen claramente hasta donde se quiere llegar en el proceso de expansión y fortalecimiento de la red, lo cual va más allá de lo previsto en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 y de las metas de la red progresiva. Implica una visión de futuro que es urgente que el país tenga.

La expansión de la Red probablemente será modesta en los próximos años (acorde con la meta establecida en el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014), pero deben tomarse las medidas para que los recursos de que dispone aumenten paulatinamente. Inclusive, existe un riesgo concreto de que los nuevos servicios contemplados en la “red de atención progresiva” que tienen un alto componente de voluntariado, no logren ejecutarse a plenitud.

En cualquier escenario que se considere, lograr elevados niveles de cobertura de la red y que la misma esté definida en función de la dependencia, definitivamente requiere recursos financieros adicionales. Por ello, se deben buscar nuevas fuentes de financiamiento. Debe debatirse sobre la conveniencia de seguir con el modelo asistencialista —aunque más abierto a la participación de otros actores—, o si más bien se debe incluir el tema del cuidado de personas adultas mayores dentro del esquema de seguros sociales, en la línea de países como Japón y Alemania.

Los pagos directos por parte de los usuarios que se proponen en la recomendación anterior, vendrían a incrementar el financiamiento de los programas, pero definitivamente resultarían insuficientes para lograr la expansión y mejoría en la calidad que se requiere, pues como se ha destacado, no se pretende que cubran en su totalidad el costo de los servicios, sino que el aporte se defina en función de la capacidad de pago de los beneficiarios y su grado de dependencia. Por ello se debe pensar en otras opciones.

Resulta clave un mayor involucramiento de los gobiernos municipales. El mejoramiento de las condiciones de vida de la población adulta mayor debe ser una de las prioridades de todas las municipalidades del país, y no solamente de algunas, como sucede en la actualidad. Es recomendable establecer experiencias piloto con un grupo seleccionado de municipalidades, que consideren las diferentes modalidades de servicios, y que luego de su adecuada evaluación, sean replicadas en otros municipios. Estas experiencias piloto deben contemplar diferentes aportes según las posibilidades de las municipalidades: donación de terrenos para el establecimiento de centros de atención en las diferentes modalidades, construcción, pago de servicios excluyendo salarios, pago de salarios, alimentos, etc. Es importante destacar que al momento de elaboración de este informe algunas municipalidades del país habían manifestado su interés por participar en este tipo de experiencias. De igual forma, el cuidado de las personas adultas mayores debe ser considerado en el marco de la “Ley General de Transferencia de Competencias del Poder Ejecutivo a las Municipalidades” del año 2010¹⁵.

Igualmente se debe fomentar la participación de las empresas privadas, ya sea indirectamente aportando recursos a OBS, como también de empresas privadas que presten servicios a personas adultas mayores ‘con fines de lucro’, pero que puedan recibir recursos públicos a cambio de

¹⁵ Esta ley es consecuencia de la reforma constitucional al artículo 170 de la Constitución Política, realizada en el año del 2001, que señala “Las corporaciones municipales son autónomas. En el Presupuesto Ordinario de la República, se les asignará a todas las municipalidades del país una suma que no será inferior a un diez por ciento (10%) de los ingresos ordinarios calculados para el año económico correspondiente”. La ley determinará las competencias que se trasladarán del Poder Ejecutivo a las corporaciones municipales y la distribución de los recursos indicados.

atender población adulta mayor con determinadas características (altamente dependientes, con enfermedades crónicas, etc.).

5) Una adecuada gerencia de la Red y fortalecimiento del CONAPAM: la conformación y consolidación de la Red Nacional de Cuido de las Personas Adultas Mayores requiere de una adecuada gerenciación. Como se ha destacado, el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 asigna la responsabilidad de la Red al IMAS y al CONAPAM. Independientemente de donde se ubique físicamente, se debe conformar un equipo técnico de gran capacidad, que se encargue de dirigir, planificar y realizar la coordinación interinstitucional requerida para esa red.

Además de la planificación de la red a que se hizo referencia en el punto 3) de este capítulo, incluyendo los costos estimados de la expansión y su financiamiento, así como los requerimientos de recursos humanos (asunto que será tratado más adelante), otras funciones de este equipo técnico son las relacionadas con el desarrollo de sistemas de información, así como la realización de actividades permanentes de monitoreo y evaluación de la Red. También la estimación permanente de los costos de atención en las diferentes modalidades, considerando los perfiles de complejidad.

Por ello, además de un equipo permanente o de planta, debe contar con un equipo interdisciplinario de apoyo, que incluya personal de salud, ingenieros y arquitectos, abogados, trabajadores sociales, y otros técnicos y profesionales, que apoyen la toma de decisiones, la formulación de protocolos, las reformas legales y otras situaciones y problemas que se presenten en el proceso.

Adicionalmente a lo referente a la gerencia de la Red, CONAPAM debe avanzar en varios aspectos. En primer lugar, logrando una coordinación efectiva entre las instituciones públicas que participan en la prestación de los servicios de cuidado.

Entre otras, esta coordinación se debe reflejar en aspectos concretos como consolidación de un registro único de establecimientos de cuidado (OBS y privados). Como se resaltó en el capítulo 2, hay diferencias en los registros de establecimientos de CONAPAM, la JPS, el listado de OBS del IMAS, y presumiblemente el listado de establecimientos habilitados por el Ministerio de Salud. Una situación similar se presenta con la población atendida en las modalidades de hogares de ancianos y centros diurnos. Según la JPS (2010) en estos establecimientos son atendidas alrededor de 6.000 personas, pero con recursos de la JPS se reportan 4.325 atendidos por OBS (2.774 en hogares de ancianos y 1.550 en centros diurnos). Según la Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud del Ministerio de Salud (Morice, 2010), los hogares de ancianos (incluyendo albergues) atendían a junio del 2010 a 3.129 adultos mayores, mientras que los centros diurnos a 1.556, para un total de 3.129 adultos mayores. Por último, la base de datos de CONAPAM arroja un total de 3.158 personas atendidas por las OBS. Nuevamente aquí es necesario contar que registros uniformes. Se debe avanzar a la conformación de un registro único, común para todas las instituciones.

Otro aspecto donde se debe reflejar esa coordinación interinstitucional es en la uniformidad de criterios o definiciones sobre características de la población. Los términos pobreza, riesgo social, necesidad económica, desamparo, exclusión social, vulnerabilidad y otros, son utilizados libremente, sin las precisiones respectivas, e inclusive en algunos casos como sinónimos —cuando realmente reflejan problemáticas con matices diferentes—. Más allá de la complejidad de los fenómenos, se requiere utilización de definiciones operativas que permitan caracterizaciones adecuadas, y que sean de aplicación uniforme por parte de todas las instituciones involucradas.

Por último, aunque el CONAPAM cuenta actualmente con un cuerpo técnico de alto nivel, es recomendable su fortalecimiento tanto en términos de asignación presupuestaria, como en la ampliación del personal profesional disponible, para hacer frente a la totalidad de funciones

encomendadas por la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor de 1999 (No. 7935), así como por los nuevos retos que impone la Red Nacional para el Cuido de la Población Adulta Mayor.

6) De la habilitación a la acreditación: como se ha visto, el Ministerio de Salud habilita el funcionamiento de los establecimientos que prestan servicios a la población adulta mayor, entendida como el cumplimiento por parte de los mismos de un conjunto de indicadores estructurales mínimos, que garantizan una calidad aceptable de los servicios prestados en ellos. Sin embargo, se debe avanzar hacia un sistema de acreditación, que determine el grado en que la calidad en la prestación de los servicios supera los estándares mínimos establecidos para la habilitación.

La Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias (2009) define la acreditación como el *“acto por el cual la Administración certifica que un centro de atención de servicios sociales, previamente autorizado, reúne especiales condiciones de calidad en la prestación de sus servicios y establece, si bien de manera genérica, los requisitos que se han de cumplir para obtenerla”*. Esto como el objetivo de asegurar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir servicios de calidad, en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El ente acreditador podría ser privado, o la función asumida por CONAPAM. Debe recordarse que entre las funciones que la Ley No. 7935 asigna a ese Consejo se encuentra (artículo 35, inciso e): *“participar, dentro del ámbito de su competencia, en los procesos de acreditación e instar a la concesión de acreditaciones o recomendar el retiro de la habilitación respectiva”*.

7) La capacitación a cuidadores y la certificación de capacidades: los recursos humanos para la atención integral de la población adulta mayor son especialmente relevantes para el país, y se debe desarrollar un plan de formación de profesionales y técnicos especializados en esta población, acorde con las necesidades actuales y escenarios futuros. Desde la perspectiva particular del cuidado, y la conformación de la Red Nacional de Cuido con las características señaladas en este informe, es de suma importancia la capacitación de cuidadores y la certificación de capacidades.

En la actualidad, diversas organizaciones (instituciones públicas —incluyendo las universidades—, organizaciones de apoyo a las personas adultas mayores, y otras) brindan capacitaciones a cuidadores de personas adultas mayores, ya sean familiares como no familiares. Hay inclusive cursos diferenciados para los cuidadores de personas con padecimientos específicos, como Alzheimer y otros. También capacitaciones a asistentes en atención integral de la persona adulta mayor.

Sin embargo, hay una carencia en la formación de cuidadores a nivel técnico. La Universidad Estatal a Distancia (UNED) y el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) están realizando esfuerzos por llenar ese vacío. No obstante, parece importante aumentar la oferta real de opciones de capacitación, involucrando universidades privadas y otros centros de educación terciaria (colegios universitarios y otros). En cualquier caso, se deben definir los “contenidos mínimos” que deben abordar estos programas de capacitación, actividad en la que necesariamente debe participar CONAPAM.

Por otra parte, hay personas que durante mucho tiempo se han desempeñado como cuidadores, y tienen los conocimientos requeridos adquiridos a partir de la experiencia, por lo que es conveniente el establecimiento de un proceso de certificación de capacidades, que les permita lograr una mejor inserción laboral dentro del nuevo modelo de atención, y que además facilite el proceso de acreditación de los establecimientos.

En todos los casos, capacitación y certificación, Martínez (2010) resalta que además de los conocimientos, se deben considerar como competencias clave las habilidades y actitudes de los

cuidadores —principalmente en términos de su capacidad de satisfacer las necesidades de la persona cuidada, mantener una buena relación cuidador—persona cuidada y además, conservar su propia salud—. La autora también destaca el papel relevante de la educación continua. Estos elementos, junto con los anteriormente señalados, deben ser considerados en la formulación de un plan de recursos humanos para la consolidación de la Red nacional de cuidado.

8) Ampliar las actividades de recreación y capacitación para las personas adultas mayores, y garantizar el acceso de todos los que deseen participar en ellas: en la actualidad existe una oferta muy amplia y variada de actividades de recreación (actividades al aire libre, deportes, clubes o grupos de lectura, baile, u otros), así como de cursos de capacitación (computación, inglés, pintura, etc.). Participan en esta prestación un número muy grande de instituciones y grupos organizados, como las universidades públicas y privadas, la CCSS, organizaciones de diverso tipo (de apoyo al adulto mayor, de pensionados, etc.).

Si bien sería posible elaborar un amplio listado que incluya la amplia gama de actividades realizadas y las organizaciones responsables de su ejecución, no hay información que permita conocer cuantas personas adultas mayores estarían siendo beneficiarias de estas actividades y cuantas no, incluyendo aspectos geográficos. Entonces, como parte de la Red, se debe dar seguimiento a las actividades que realizan las diferentes entidades participantes, y su cobertura efectiva, y hacer las gestiones necesarias para garantizar que toda la población adulta mayor del país que puede y desea participar en ellas, lo hará.

Este tema debe ser considerado en los módulos a incluir en las encuestas de hogares, inclusive de forma continua, para dar seguimiento y conocer los avances.

También se debe tomar en cuenta que como resultado del apoyo a la atención domiciliar a las personas adultas mayores que propone el nuevo modelo, se requerirá una ampliación en las actividades de recreación complementarias fuera del hogar para la población de interés y, a tal efecto, de capacitación. Sobre todo si se enfatizan actividades que tratan de limitar el debilitamiento o la pérdida de funciones.

Por último, es necesario garantizar que las actividades que se realizan consideran adecuadamente los diferentes niveles de dependencia y autonomía, con objetivos claramente definidos en ese sentido. Rodríguez (2006: 33) señala que con el fin de conseguir y mantener una adecuada actitud en la atención de una persona en situación de dependencia, se deben perseguir resultados en dos áreas. *“Por una parte, la relacionada con la situación de dependencia, cuyo objetivo es minimizar el debilitamiento o la pérdida de función que presenta la persona a la que se atiende. Para ello, se la ayudará en sus dificultades, estimulándola o haciendo con ella las actividades para las que tenga un resto de capacidad conservada, o realizando por ella, con la máxima delicadeza y respetando sus deseos, aquéllas que le resulten imposibles de desarrollar. Por otra parte, la relativa a la autonomía, que cabría resumir en un refuerzo permanente de la autoestima de la persona con dependencia, y en un respeto absoluto a su dignidad personal y al ejercicio de su voluntad para que pueda, si no ha perdido totalmente sus facultades mentales, decidir libremente sobre su vida en aspectos accesorios o importantes (tener en cuenta su opinión y sus anhelos, respetar su intimidad, estimular su capacidad de decisión, su creatividad, etc.).”*

Resulta importante entonces analizar la amplia gama de actividades desde la perspectiva anterior, e identificar áreas y modalidades de atención acordes, realizando en el marco de la red de cuidado actividades y servicios así orientados.

Bibliografía

- Casado, David y Guillem López (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación “la Caixa”, Colección Estudios Sociales Número 6.
- CCP y CONAPAM (2008). Primer Informe del Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. San José: Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica (UCR) y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).
- CCSS (2010a). Informe del Régimen no Contributivo al mes de diciembre 2009. San José: Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Gerencia de Pensiones.
- CCSS (2010b). Estudio actuarial para la revaluación No. 58 de los montos de las pensiones del seguro de invalidez, vejez y muerte. San José: Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Dirección Actuarial.
- CONAPAM (2010). Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).
- CONAPAM (2006). Plan estratégico nacional para la atención de la persona adulta mayor 2006-2012. San José: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM).
- CONAPAM (2004). Estudio costos atención integral para personas adultas mayores residentes en un hogar de ancianos. San José: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), elaborado por Julia Chan Jiménez.
- Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias (2009). Criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias. España: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Resolución del 22 de junio de 2009, publicada en el Boletín Oficial del Principado de Asturias número 149.

- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The three worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Hennessy, Patrick (1995). *Social protection for dependent elderly people: Perspectives from a review of OECD countries*. Paris: OECD, Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 16.
- INEC y CCP (2008). *Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2100*. San José: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica (UCR).
- Jaccoud, Luciana (2010). *Envejecimiento, dependencia y oferta de servicios asistenciales: un nuevo desafío para los sistemas de protección social*. En: Prado, Antonio y Ana Sojo (editores). *Envejecimiento en América Latina: sistema de pensiones y protección integral*. Santiago: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Libros de la CEPAL No. 110, pp. 231-254.
- Jacobzone, Stephane y Howard Oxley (2002). *Ageing and Health Care Costs*. En: *International Politics and Society*. Alemania: Friedrich Ebert Foundation, 1/2002, pp.137-156.
- JPS (2010). *Diagnóstico de necesidades de las poblaciones en estado de pobreza o vulnerabilidad*. San José: Junta de Protección Social (JPS), Departamento de Acción Social.
- Kalisch, D.W.; T. Aman y L. A. Buchele (1998). *Social and Health Policies in OECD countries: A survey of current programmes and recent developments*. Paris: OECD, Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 33.
- Martínez, Teresa (2010). *Los servicios formales de atención a las personas mayores. Situación actual, avances y experiencias significativas en los países desarrollados*. Presentado en el Seminario Internacional “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, organizado por la CEPAL y la Presidencia de la República de Costa Rica, San José, 22 y 23 de noviembre del 2010, mimeo.
- MIDEPLAN (2010). *Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María Teresa Obregón Zamora”*. San José: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN).
- Morice, Ana (2010). *Acreditación, supervisión e inspección de establecimientos para el cuidado de PAM: Problemas actuales y propuestas de solución*. San José: Ministerio de Salud. Presentado en el Seminario Internacional “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, 22 y 23 de noviembre del 2010. Mimeo.
- OMS (2002). *Active ageing: a policy framework*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS). Traducción publicada en: *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2002; 37 (S2), pp. 74-105.
- Programa Estado de la Nación (2010). *XVI Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. San José: Programa Estado de la Nación.
- Rodríguez, Pilar (2006). *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Madrid: Fundación Alternativas. Documento de trabajo No. 87.
- Rosero-Bixby, Luis; Xinia Fernández y William H. Dow (2005). *Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable (CRELES)*. San José: proyecto conjunto del Centro Centroamericano de Población (CCP) y el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) ambos de la Universidad de Costa Rica, con subvención de la Fundación Wellcome Trust.
- Sojo, Ana (2010). *Conclusiones del Seminario Internacional “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”*, organizado por la CEPAL y la Presidencia de la República de Costa Rica, San José, 22 y 23 de noviembre del 2010, mimeo.
- Valverde, José Manuel (2004). *Contexto y perfil de las instituciones de bienestar social para la atención de las personas adultas mayores*. San José: documento elaborado para el CONAPAM, con el apoyo del FNUAP.

Anexo

Anexo 1

Hogares de ancianos(incluyendo albergues) y centros diurnos registrados por CONAPAM (hacia mediados del 2010)

Nombre	Cédula jurídica	Provincia	Cantón	Distrito	Teléfono	Observaciones
Centros diurnos						
1	Asoc. Cartaginesa de Atención al Ciudadano en la Tercera Edad	3-002-087252	Cartago	Cartago	Cartago	2551-9504
2	Asoc. Centro de Atención Integral para la Tercera Edad de Coronado	3-002-075639	San José	Vásquez de Coronado	San Isidro	2229-7703
3	Asoc. Centro Diurno Atención Ancianos San Vicente Paúl Tibás	3-002-066577	San José	Tibás	San Juan	2240-7274
4	Asoc. Centro Diurno Barrio San Martín	3-002-092585	San José	Central	San Sebastián	2227-3346
5	Asoc. Centro Diurno de Ancianos de Aserri	3-002-102692	San José	Aserri	Aserri	2230-4352
6	Asoc. Centro Diurno de Ancianos de Santa Bárbara de Heredia	3-002-112697	Heredia	Santa Bárbara	Santa Bárbara	2269-6055
7	Asoc. Centro Diurno de Atención a Ciudadanos de la Tercera Edad de Santa Cruz de Guanacaste	3-002-087403	Guanacaste	Santa Cruz	Sta Cruz	2680-1569
8	Asoc. Centro Diurno de Atención al Anciano de Limón	3-002-095271	Limón	Limón	Limón	2798-3983
9	Asoc. Centro Diurno de Atención Integral al Anciano Francisca Valerio Badilla	3-002-087220	Heredia	San Rafael	San Rafael	2260-6233
10	Asoc. Centro Diurno de Atención Integral al Anciano de San Carlos	3-002-097601	Alajuela	San Carlos	Ciudad Quesada	2460-6330
11	Asoc. Centro Diurno de Atención Integral de Ancianos de San Mateo	3-002-105088	Alajuela	San Mateo	San Mateo	2428-8594
12	Asoc. Centro Diurno de Atención Integral de Ancianos de Palmares de Alajuela	3-002-092122	Alajuela	Palmares	Palmares	2453-1716
13	Asoc. Centro Diurno de Atención Integral para el Anciano del Cantón de Carrillo	3-002-117536	Guanacaste	Carrillo	Sardinal	2697-0118
14	Asoc. Centro Diurno de la Tercera Edad de la Unión	3-002-075652	Cartago	La Unión	San Rafael	2279-9438
15	Asoc. Centro Diurno de Personas de la Tercera Edad de Goicoechea	3-002-056112	San José	Goicoechea	Calle Blancos	2240-8464
16	Asoc. Centro Diurno Fuentes del Saber de San Diego de la Unión	3-002-218599	Cartago	La Unión	San Diego	2278-1322

	Nombre	Cédula jurídica	Provincia	Cantón	Distrito	Teléfono	Observaciones
17	Asoc. Centro Diurno Jerusalén para el Adulto Mayor de Carrillo de Poás de Alajuela	3-002-290381	Alajuela	Alajuela	Poás	2458-8446	
18	Asoc. Centro Diurno Josefina Ugalde	3-002-301945	Puntarenas	Garabito	Quebrada Ganado	2637-0254	
19	Asoc. Centro Diurno para el Adulto Mayor de Tejar del Guarco	n.d.	Cartago	Guarco	Tejar	2573-9028	No recibe recursos JPS
20	Asoc. Centro Diurno para Personas de la Tercera Edad Quintín Vargas Aguilar Tacares de Grecia	3-002-117205	Alajuela	Grecia	Tacares	2458-4676	
21	Asoc. Centro para la Atención Integral de la Tercera Edad Santo Cristo de Esquipulas	3-002-116421	San José	Alajuelita	Alajuelita	2252-5662	
22	Asoc. Cívica Pilar Gamboa Mesén	3-002-143462	San José	Desamparados	San Antonio	2276-8192	
23	Asoc. de Adultos Mayores Belemitas	3-002-235621	Heredia	San Antonio	Belén	2293-1997	
24	Asoc. de Ancianos Amigos de Fray Casiano de Madrid	3-002-071305	San José	Central	Pavas	2231-6222	
25	Asoc. de Ancianos de Cubujuquí	3-002-084761	Heredia	Heredia	Mercedes	2260-3733	
26	Asoc. de Atención de la Tercera Edad de Grecia	3-002-175402	Alajuela	Grecia	Grecia	2444-3895	
27	Asoc. de Atención Integral del Anciano de San Juan de Dios	3-002-102688	San José	Desamparados	San Juan de Dios	2259-1305	
28	Asociación de Personas Mayores de Los Lagos Heredia (ASPEMA)	3-002-376651	Heredia	Heredia	San Francisco	2260-1716	No aparece en listado IMAS / no recibe JPS
29	Asoc. de Protección al Anciano de Calle Blancos y San Fco. de Goicochea	3-002-066201	San José	Goicochea	Calle Blancos	2235-9664	
30	Asoc. Edad de Oro	3-002-096546	San José	Central	Hatillo	2286-1183	
31	Asoc. Esperanza Cristiana para el Anciano	3-002-101745	San José	Goicochea	Purral	2234-7525	
32	Asoc. Hogar Dulce Hogar Santa Rosa	3-002-126420	San José	Central	San Francisco de Dos Ríos	2226-0032	
33	Asoc. Integral de Personas de la Tercera Edad de las Pavas	3-002-110268	San José	Central	Pavas	2232-7717	
34	Asoc. Obras Hermano Pedro Pro Adulto Mayor de Los Chiles	3-002-320639	Alajuela	Los Chiles	Los Chiles	2471-2161	
35	Asoc. Paraiséña de Atención al Anciano	3-002-084316	Cartago	Paraíso	Paraíso	2574-7128	
36	Asoc. Pro Atención a Ciudadanos Poaseños de la Tercera Edad	3-002-096392	Alajuela	Poás	San Pedro	2448-6344	
37	Asoc. Pro Atención de Ancianos de Heredia	3-002-061590	Heredia	Heredia	Heredia	2238-1612	
38	Asoc. Pro Atención de Ancianos de Santo Domingo de Heredia	3-002-078607	Heredia	Santo Domingo	Santo Domingo	2244-2365	
39	Asoc. Pro Atención Integral de la Tercera Edad de Barva	3-002-087276	Heredia	Barva	Barva	2260-4654	

	Nombre	Cédula jurídica	Provincia	Cantón	Distrito	Teléfono	Observaciones
40	Asoc. Pro Bienestar del Anciano en Hatillo 3	3-002-087153	San José	Central	Hatillo	2254-7366	
41	Asoc. Pro Centro Diurno de Ancianos Hatillo San Sebastián	3-002-075657	San José	Central	Hatillo	2254-3795	
42	Asoc. Pro Desarrollo Humano de Barrio Cuba	3-002-175935	San José	Central	Hospital	2255-4764	
43	Asoc. Puntarenense de Atención Diurna al Anciano Luz de Amor	3-002-110777	Puntarenas	Puntarenas	Puntarenas	2661-2644	
Hogares (incluye albergues)							
1	Asoc. Albergue de Ancianos de San Miguel de Desamparados	3-002-209756	San José	Desamparados	San Miguel	2270-0210	
2	Asoc. Albergue de Rehabilitación al Alcohólico Adulto Mayor Indigente	3-002-195694	San José	Curridabat	Tirrases	2276-7826	No aparece en listado IMAS
3	Asoc. Albergue para Ancianos de Golfito	3-002-075404	Puntarenas	Golfito	Golfito	2775-0514	
4	Asoc. Amigo del Anciano de Cañas	3-002-066168	Guanacaste	Cañas	Cañas	2669-1890	
5	Asoc. Amigos de la Tercera Edad de Siquirres	3-002-108963	Limón	Siquirres	Siquirres	2768-7272	No recibe recursos JPS
6	Asoc. Asilo de la Vejez Monseñor Claudio Ma. Volio Jiménez	3-002-045562	Cartago	Cartago	Cartago	2551-0224	
7	Asoc. Atención Integral para los Ancianos de Guácimo	3-002-113468	Limón	Guácimo	Guácimo	2716-6452	
8	Asoc. Benéfica Hogar de Ancianos Hortensia Rodríguez Sandoval de Bolaños	3-002-045482	Alajuela	Atenas	Atenas	2446-5224	
9	Asoc. Benéfica Hogar de Ancianos José del Olmo	3-002-045595	Alajuela	Naranjo	Naranjo	2451-3691	
10	Asoc. Cantonal Acosta de Protección al Anciano	3-002-150698	San José	Acosta	San Ignacio	2410-2519	
11	Asoc. Casa de Ancianos de Ciudad Neily	3-002-066340	Puntarenas	Corredores	Corredores	2783-3139	
12	Asoc. Casa de Hogar para Ancianos Albernia	3-002-092444	Heredia	San Isidro	San Josecito	2268-8591	
13	Asoc. Católica Pro Ayuda al Enfermo de Hansen y Ancianos Desamparados	3-002-087984	Heredia	San Isidro	San Josecito	2268-8462	
14	Asoc. Centro para Ancianos San Agustín	3-002-087444	Heredia	Sarapiquí	La Virgen	2761-1115	
15	Asoc. Cristiana Banquete Celestial	3-002-111357	Heredia	Santa Bárbara	San Juan	2265-5349	
16	Asoc. de Ancianos Albergue Mixto San Francisco de Asís de Aserri	3-002-092414	San José	Aserri	Aserri	2230-5172	
17	Asoc. de la Tercera Edad de Palmar Sur de Osa	3-002-084886	Puntarenas	Osa	Palmar	2786-6572	
18	Asoc. de Protección al Anciano y Enfermo Crónico de Palmares	3-002-045425	Alajuela	Palmares	Palmares	2445-5494	

	Nombre	Cédula jurídica	Provincia	Cantón	Distrito	Teléfono	Observaciones
19	Asoc. Doteña de Protección al Anciano	3-002-066214	San José	Dota	Sta María	2541-1054	
20	Asoc. Hermanas de los Pobres San Pedro Claver	3-002-051887	San José	Central	Pavas	2232-0990	
21	Asoc. Hijos de Nuestra Señora de los Desamparados, Hogares Magdala	3-002-066910	San José	Escazú	San Rafael	2228-0629	
22	Asoc. Hogar Carlos María Ulloa	3-002-111362	San José	Goicoechea	San Francisco	2521-5349	
23	Asoc. Hogar de Ancianos de Alfaro Ruiz	3-002-045739	Alajuela	Alfaro Ruiz	Zarcero	2463-1330	
24	Asoc. Hogar de Ancianos de Coto Brus	3-002-108966	Puntarenas	Coto Brus	San Vito	2773-3276	
25	Asoc. Hogar de Ancianos de Esparza Carlos Venegas Moya	3-002-106973	Puntarenas	Esparza	San Juan Grande	2635-5521	
26	Asoc. Hogar de Ancianos de Guatuso Julia Bolaños Valverde	3-002-095786	Alajuela	Guatuso	San Rafael	2464-0063	
27	Asoc. Hogar de Ancianos de Limón Víctor Manuel Casco Torres	3-002-045412	Limón	Limón	Limón	2758-2439	
28	Asoc. Hogar de Ancianos de Tilarán	3-002-078026	Guanacaste	Tilarán	Tilarán	2695-5112	
29	Asoc. Hogar de Ancianos Fray Casiano de Madrid de Miramar	3-002-087188	Puntarenas	Montes de Oro	Miramar	2639-9011	
30	Asoc. Hogar de Ancianos Fundación María	3-006-134947	Heredia	Santo Domingo	Santo Domingo	2244-4260	
31	Asoc. Hogar de Ancianos Los Santos	3-002-066780	San José	Tarrazú	San Marcos	2546-6136	
32	Asoc. Hogar de Ancianos Monseñor Delfín Quesada Castro de Pérez Zeledón	3-002-045583	San José	Pérez Zeledón	Daniel Flores	2771-0873	
33	Asoc. Hogar de Ancianos Nuestra Señora del Rosario	3-002-051753	Guanacaste	Santa Cruz	Santa Cruz	2680-0591	
34	Asoc. Hogar de Ancianos Ofelia Carvajal de Naranjo	3-002-045429	San José	Desamparados	Desamparados	2259-1187	
35	Asoc. Hogar de Ancianos Patriarca San José	3-002-117974	Cartago	Cartago	Corralillo	2548-0232	
36	Asoc. Hogar de Ancianos Ricardo Soto de Valverde Vega	3-002-102266	Alajuela	Valverde	Vega Sarchí Sur	2454-2244	
37	Asoc. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de Nandayure	3-002-096697	Guanacaste	Nandayure	Carmona	2657-7138	
38	Asoc. Hogar de Ancianos San Buenaventura	3-002-051514	Cartago	Turrialba	Turrialba	2556-6419	
39	Asoc. Hogar de Ancianos San Francisco de Asís de Moravia	3-002-144375	San José	Moravia	San Vicente	2297-0900	
40	Asoc. Hogar de Ancianos San Jorge y Obras Parroquiales de Abangares	3-002-045463	Guanacaste	Abangares	Las Juntas	2662-1267	
41	Asoc. Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl de San Carlos	3-002-045998	Alajuela	San Carlos	C. Quesada	2460-0204	
42	Asoc. Hogar el Buen Samaritano	3-002-198717	Alajuela	Alajuela	Alajuela	2443-7661	No aparece en listado IMAS / no recibe JPS

	Nombre	Cédula jurídica	Provincia	Cantón	Distrito	Teléfono	Observaciones
43	Asoc. Hogar Manos de Jesús pro Atención del Anciano Abandonado de Guadalupe de Cartago	3-002-169840	Cartago	Cartago	Guadalupe	2552-6982	
44	Asoc. Hogar Nacional de Ancianos Santiago Crespo Calvo	3-002-056484	Alajuela	Alajuela	Alajuela	2441-0347	
45	Asoc. Hogar para Ancianos de Montes de Oca, Nuestra Señora de Lourdes	3-002-075505	San José	Montes de Oca	San Pedro	2224-8660	
46	Asoc. Hogar para Ancianos de Orotina Presbítero Jesús María Vargas	3-002-045560	Alajuela	Orotina	Orotina	2428-8282	
47	Asoc. Hogar para Ancianos de San Ramón	3-002-051130	Alajuela	San Ramón	San Juan	2445-5438	
48	Asoc. Hogar para Ancianos Pococí Guápiles	3-002-061056	Limón	Pococí	Guápiles	2710-6762	
49	Asoc. Hogar para Ancianos Presbítero Jafeth Jiménez Morales de Grecia	3-002-045715	Alajuela	Grecia	San Roque	2494-5533	
50	Asoc. Hogar Puntarenense de la Persona Adulta Mayor	3-002-494932	Puntarenas	Puntarenas	Barranca	2663-2710	
51	Asoc. Integral para el Anciano de Parrita	3-002-084913	Puntarenas	Parrita	Parrita	2779-9482	
52	Asoc. Jicaraleña para el Bienestar del Anciano Hogar María Inmaculada	3-002-071257	Puntarenas	Puntarenas	Lepanto	2650-0103	
53	Asoc. Moraviana Hogar Ancianos Casa Narazareth	3-002-056718	San José	Moravia	San Vicente	2297-3268	
54	Asoc. Nicoyana de Atención al Anciano	3-002-066495	Guanacaste	Nicoya	Nicoya	2685-5809	
55	Asoc. Pitaleña para la Atención del Adulto Mayor Hogar de Dios	3-002-327017	Alajuela	San Carlos	Pital	2473-3356	
56	Asoc. Pro Ayuda al Anciano de Bijagua de Upala	3-002-188039	Alajuela	Upala	Bijagua	2466-8230	
57	Asoc. Pro Bienestar de la Anciana Religiosa del Buen Pastor	3-002-140801	San José	Goicoechea	Guadalupe	2283-0328	
58	Asoc. Pro Bienestar del Anciano San Francisco de Asís	3-002-084690	Puntarenas	Aguirre	Quepos	2777-0057	
59	Asoc. San Vicente de Paúl de Liberia	3-002-056563	Guanacaste	Liberia	Liberia	2666-0124	
60	Asoc. San Vicente de Paúl de Puriscal	3-002-051412	San José	Puriscal	Santiago	2416-6250	
61	Asoc. Vicentina de Escazú	3-002-056137	San José	Escazú	San Antonio	2289-6040	
62	Fund. Hogar de Ancianos de Piedades de Santa Ana	3-006-071096	San José	Santa Ana	Piedades	2282-4740	
63	Fund. Hogar para Ancianos Alfredo y Delia González Flores	3-007-045436	Heredia	Heredia	Heredia	2237-1718	
64	Fund. Santa Luisa para el Hogar de Ancianos	3-006-099744	Limón	Talamanca	Bratsi	2225-1359	

Nombre	Cédula jurídica	Provincia	Cantón	Distrito	Teléfono	Observaciones
Hogares y centros diurnos						
1	Asoc. Centro Diurno para el Adulto Mayor Casa de la Felicidad Pocora (Centro diurno y Hogar)	3-002-356521	Limón	Guácimo	Pocora	2760-0840
2	Asoc. Centro Diurno y Albergue para Personas Tercera Edad San Rafael Oreamuno (Centro diurno y Hogar)	3-002-078675	Cartago	Oreamuno	San Rafael	2552-0857
3	Asoc. de Atención Integral de la Tercera Edad de Alajuela (Centro diurno y Hogar)	3-002-098445	Alajuela	Alajuela	Alajuela	2443-2184
4	Asoc. de Atención Integral del Anciano San Cayetano (Centro diurno y 2 Hogares)	3-002-087910	San José	Central	San Sebastián	2275-1571
5	Asoc. Gerontológica de Curridabat (Centro diurno y Hogar)	3-002-066896	San José	Curridabat	Curridabat	2272-0511
6	Asoc. San Vicente de Paúl Ciudad Colón (Centro diurno y Hogar)	3-002-051860	San José	Mora	Ciudad Colón	2249-1751

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de establecimientos de CONAPAM, IMAS y JPS.

Anexo 2

Hogares y centros diurnos registrados en el IMAS o que reciben recursos de la JPS, pero que no aparecen registrados por CONAPAM (hacia mediados del 2010)

1. Recibieron recursos de la JPS en el 2009 pero no están registrados en CONAPAM:

Centros diurnos:

- 1) Asociación Centro Integral Joaquín y Ana
- 2) Asociación para la Asistencia del Adulto Mayor de Flores
- 3) Asociación de Adultos Mayores Casa San Antonio de Padua Pavas

Hogares:

- 1) Asociación Pro Ayuda al Adulto Mayor de Upala
- 2) Fundación Alter Christus

2. Están inscritos en el IMAS como OBS, pero no están registrados en CONAPAM:

Centros diurnos:

- 1) Asoc. Gerontológica Distrito Catedral (San José, Central, Catedral)
- 2) Asoc. Centro Diurno Santa Ana Joaquín y Ana (San José, Santa Ana, Santa Ana)
- 3) Asoc. Adultos Mayores Casa San Antonio de Padua (San José, Pavas, Pavas)
- 4) Asoc. Centro Diurno de Atención Integral de Pocosol (Alajuela, San Carlos, Pocosol)
- 5) Asoc. de Juan Viñas para el Adulto Mayor (Cartago, Juan Viñas, Jiménez)
- 6) Asoc. Pro Desarrollo Social, Cultural y Educativo Los Lagos de Heredia (Heredia, Heredia, Los Lagos)
- 7) Asoc. para el Bienestar del Adulto Mayor de la Península de Osa (Puntarenas, Golfito, Puerto Jiménez)
- 8) Asoc. Adulto Mayor de Cariari (Limón, Pococí, Cariari)

Hogares:

- 1) Asoc. Pro Desarrollo Integral y Protección al Anciano de Desamparados (San José, Desamparados, Desamparados)
- 2) Asoc. Hogar de Ancianos El Buen Samaritano (San José, Desamparados, Patarrá)
- 3) Asoc. Misionera de la Madre Teresa de Calcuta (San José, Vásquez de Coronado, San Isidro)
- 4) Asoc. Hogar de Ancianos de Buenos Aires (Puntarenas, Buenos Aires, Buenos Aires)

Anexo 3

Hogares con fines de lucro identificados

- 1) Hogar San Agustín, Barrio Escalante, 8382-8722
- 2) Hogar Casa Israel, Barrio Escalante, 2223-1169
- 3) Villa Amatista, Escazú, 2289-5367
- 4) Hogar del Adulto Mayor Santa Clara, Rohrmoser, 8878-2230
- 5) Hogar Casa de Ángeles, Pinares-Curridabat, 2271-3045
- 6) Hogar de Ancianos Santa María, Barrio La Guaria-Moravia, 2235-7186
- 7) Hogar de Ancianos Juan Bonal, Llorente de Tibás, 2240-5444
- 8) Hogar de Ancianos Santa Lucía, Guadalupe, 2225-8887
- 9) Albergue de Ancianos Edad de Oro, Alajuela, 2487-7013
- 10) Hogar de Ancianos Villa Alegría, Barrio San José-Alajuela, 2433-8590
- 11) Hogar de Ancianos Casa Emaús, Heredia, 2268-8110
- 12) Hogar de la Beneficencia Española José Pujol, La Ribera de Belén, 2239-0295
- 13) Hogar de Ancianos Fe y Esperanza, Cubujuquí-Heredia, 2261-3640
- 14) Hogar de Ancianos Quinta Residencial, Patarrá, 2276-6644

Anexo 4

Hogares y centros diurnos visitados como parte de la consultoría

A. Sin fines de lucro:

- 1) Asociación Albergue de Ancianos de San Miguel de Desamparados
Persona entrevistada: José Joaquín Fernández Morales, Administrador
Hogar: 30 personas
- 2) Asociación Asilo de la Vejez Monseñor Claudio M. Volio Jiménez
Persona entrevistada: Sor Felicia, Administradora
Hogar: 98 personas
- 3) Asociación Centro Diurno de Ancianos de Santa Bárbara de Heredia
Persona entrevistada: Analive Araya Alfaro, Administradora
Centro diurno: 39 personas
- 4) Asociación Centro Diurno de Atención Integral Ancianos de San Mateo
Persona entrevistada: Floribeth Cubero, Administradora
Centro diurno: 18 personas
- 5) Asociación Centro Diurno de la Tercera Edad de la Unión
Persona entrevistada: Ana Lucía Barquero, Administradora
Centro diurno: 50 personas
- 6) Asociación Cristiana Banquete Celestial
Persona entrevistada: David Camacho, Administrador
Hogar: 23 personas
- 7) Asociación Integral del Anciano San Cayetano
Rebeca Vargas, Administradora
Hogar: 50 personas
Albergue: 25 personas
Centro diurno: 7 personas
- 8) Asociación Hogar Carlos María Ulloa
Persona entrevistada: Sonia Valerín, Administradora
Hogar: 196 personas
- 9) Asociación Moraviana Hogar Ancianos Casa Nazaret
Persona entrevistada: Manuel Salazar, Administrador
Hogar: 38 personas
- 10) Asociación San Vicente de Paúl Ciudad Colón
Persona entrevistada: Fidelina Retana, Administradora
Hogar: 9 personas
Centro diurno: 25 personas

B. Con fines de lucro:

- 1) Hogar San Agustín, Barrio Escalante
Persona entrevistada: Agustín Odio, Administrador
Hogar: capacidad para 20 personas, actualmente tienen 10
Pueden dar el servicio de centro diurno
- 2) Villa Amatista, Escazú
Persona entrevistada: Jason, Administrador
Hogar: capacidad para 22 personas, actualmente tienen 18
Pueden dar el servicio de centro diurno
- 3) Hogar del Adulto Mayor Santa Clara, Rohrmoser
Persona entrevistada: Isabel Oliva
Hogar: actualmente atienden 14 personas
Pueden dar el servicio de centro diurno

Anexo 5

Guía para la entrevista/visita a establecimientos de atención de personas adultas mayores

Organización/establecimiento: _____

Fecha: _____

Persona entrevistada: _____

Cargo que ocupa: _____

1. ¿Qué modalidades de atención prestan a las personas adultas mayores y a cuántas personas atienden con cada una?:

a. Hogar /_/ Número PAM _____

b. Albergue /_/ Número PAM _____
si presta albergue, explicar diferencia con hogar: _____

c. Centro diurno /_/ Número PAM _____

d. Atención domiciliaria /_/ Número PAM _____
si presta atención domiciliaria, explicar en que consiste: _____

e. Otro /_/ Número PAM _____
explique en que consiste: _____

2. ¿Desde hace cuánto tiempo funciona esta asociación?

3. ¿Cómo nació esta asociación?

4. ¿Cuántas personas trabajan de forma permanente en esta asociación y en qué ocupaciones (por ejemplo: misceláneos, enfermeras, cocineras, etc.?)

5. ¿Cuántas personas trabajan de forma no permanente en esta asociación y en qué ocupaciones

6. ¿Cuáles de las siguientes actividades/servicios brindan a las PAM?

Actividades de mantenimiento ocupacional /_/

Terapia recreativa /_/

Fisioterapia /_/

Trabajo social /_/

Medicina /_/

Nutricionista /_/

Otros /_/ especifique: _____

7. ¿La construcción del inmueble que ocupan para brindar la atención fue realizada especialmente para brindar atención a PAM o tuvo originalmente otro uso? Explique.

8. ¿Cuáles son los principales requerimientos en materia de construcción que tiene actualmente este establecimiento?

9. ¿Cuentan con mobiliario y equipo especializado para la atención de las PAM (camas, sillas de ruedas, tanques de oxígeno, etc.)? ¿Cuáles son las principales necesidades actuales en estos rubros?

10. ¿Cuáles son las principales fuentes de financiamiento con que cuenta la asociación? (No nos interesa el monto de los ingresos que perciben, sino su composición, por favor indicar los porcentajes / valore lo que se recibe en especie)

Junta de Protección Social: _____%

Municipalidad: _____%

Aporte directo PAM y sus familias (incluye pensión no contributiva): _____%

Aporte empresas privadas: _____%

Aporte otras instituciones públicas (CONAPAM, Asig. Familiares, otras): _____%

Otros: _____% especifique: _____

11. ¿Hay PAM en su área de influencia que no están recibiendo atención adecuada? ¿Cuántos estima en cada modalidad?

Hogar: Número PAM _____

Albergue: Número PAM _____

Centro diurno: Número PAM _____

Atención domiciliaria: Número PAM _____

Otro: _____ Número PAM _____

12. ¿En cuánto estima usted el costo mensual de atención de cada PAM en las modalidades que brinda este establecimiento?

Hogar: colones por mes _____

Albergue: colones por mes _____

Centro diurno: colones por mes _____

Atención domiciliaria: colones por mes _____

Otro: _____ colones por mes _____

13. En el contexto de la formulación de la Red Nacional de Cuido, ¿cuáles son los principales aspectos que usted considera que se deben tomar en cuenta para mejorar/ampliar la atención a la PAM?

14. Recorrido por las instalaciones (observar y anotar):

14.1. Estado aparente de la construcción / hacinamiento / accesibilidad (rampas, etc.):

14.2. Estado aparente mobiliario y equipo / suficiencia:

14.3. Estado aparente de las PAM (aseo personal, trato, alimentación, etc.):

14.4. Valoración/percepciones generales:



NACIONES UNIDAS

Serie

CEPAL

seminarios y conferencias

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

- 63 Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica. División de Desarrollo Social, (LC/L.3323-P), N° de venta: S.11.II.G.42 (US\$ 20.00). 2011.
- 62 Taller sobre el fortalecimiento de las capacidades nacionales para la gestión de la migración internacional: “nuevas tendencias, nuevos asuntos, nuevos enfoques de cara al futuro”, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3299-P), N° de venta: S.11.II.G.20 (US\$ 20.00). 2011.
- 61 Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. División de Desarrollo Social, (LC/L.3296-P), N° de venta: S.11.II.G.17 (US\$ 20.00). 2011.
- 60 Los censos de 2010 y las condiciones de vida, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3282-P), N° de venta: S.11.II.G.7 (US\$ 20.00). 2011.
- 59 Los censos de 2010 y la salud, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3543), N° de venta: S.10.II.G.58 (US\$ 20.00). 2010.
- 58 Primer encuentro para la Réplica en Innovación Social: “La mediación, el secreto para prevenir la violencia escolar”. División de Desarrollo Social, (LC/L.3034-P), N° de venta: S.09.II.G.92 (US\$ 20.00). 2009.
- 57 Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3095-P), N° de venta: S.09.II.G.79 (US\$ 20.00), 2009.
- 56 La cartografía censal en América Latina para la ronda de censos 2010, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.3070-P), N° de venta: S.09.II.G.69 (US\$ 20.00), 2009.
- 55 Hacia la universalidad, con solidaridad y eficiencia: el financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales. Ana Sojo (editora), (LC/L.3034-P), N° de venta: S.09.II.G.39 (US\$ 20.00). 2009.
- 54 Las finanzas públicas y el pacto fiscal en América Latina. Documentos y ponencias presentados en el XX. Seminario Internacional de Política Fiscal, Santiago de Chile, 28 al 31 de enero de 2008. Ricardo Martner (editor), (LC/L.2977-P), N° de venta: S.08.II.G.86 (US\$ 20.00). 2008.
- 53 Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del Seminario-Taller Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población (LC/L.2956-P), N° de venta: S.08.II.G.70 (US\$ 20.00). 2008.
- 52 Futuro de las familias y desafíos para las políticas. Irma Arriagada (editora), (LC/L.2888-P), N° de venta: S.08.II.G.25 (US\$ 20.00). 2008.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: