



# Políticas dirigidas a los cuidadores y cuidadoras principales de adultos mayores dependientes: comparado de países

(Alemania, España, Japón, Suecia y Estados Unidos)

## Autora

Irina Aguayo Ormeño.  
Email: [iaguayo@bcn.cl](mailto:iaguayo@bcn.cl)  
Tel.: (56) 2270 1774  
(32) 226 3193

## Colaborador

Pablo Morales

Nº SUP: 127665

## Resumen

De acuerdo a lo solicitado, el documento entrega un análisis de las políticas dirigidas a los cuidadores y cuidadoras principales de adultos mayores con algún grado de dependencia. Los países analizados fueron Alemania, España, Japón, Suecia y Estados Unidos.

En este contexto, de los cinco países analizados, Alemania es el que cuenta con mayor desarrollo de políticas destinadas al bienestar del o la cuidadora informal, no obstante, se reconoce como importante de abordar, en un contexto más macro, la inserción y permanencia de los cuidadores y cuidadoras en el mercado laboral. España plantea al respecto, la necesidad de que las leyes laborales contribuyan a conciliar ambos roles.

La estructura del Seguro para la Dependencia en Alemania consta de dos pilares, uno público y otro privado. En el caso de España, Japón y Suecia los seguros de dependencia son exclusivamente públicos, en tanto en Estados Unidos es privado, aun cuando existe un pilar público destinado a los cuidados de la salud (Medicare y Medicaid que con algunas restricciones atienden a los adultos mayores (65 años y más) dependientes.

El financiamiento en Alemania corresponde, tanto en el sector público como privado, a un porcentaje del salario bruto más una prima. En España el financiamiento esta dado por los usuarios, las regiones y el gobierno central. En Japón existe una prima, pero adicionalmente, el Estado coloca recursos vía impuestos lo que se complementa con un copago de los trabajadores. En Suecia, el financiamiento es tanto de los usuarios como del gobierno a través de una subvención, además de impuestos locales. En Estados Unidos, el financiamiento es a través de una prima a las aseguradoras privadas.

La administración de los fondos corresponde al sector público en el caso de Alemania, en España son administrados por las comunidades autónomas, en tanto en Japón y Suecia la administración está en manos de las municipalidades. En Estados Unidos está en manos de las aseguradoras privadas, no obstante, en el caso de los programas de servicios de salud que con algunas restricciones dan atención a adultos mayores dependientes, la administración se encuentra en el gobierno federal y estatal.

---

En cuanto a los programas de atención a los adultos mayores dependientes, Alemania, España y Japón cuentan con Seguro de Dependencia, Suecia cuenta con un Sistema de cuidados de larga duración. El pilar público de Estados Unidos para el cuidado de la salud se realiza a través del Medicare y del Medicaid que, si bien atienden a personas menores de 60 años dependientes, en algunos casos establecidos atienden a personas de 60 años y más dependientes.

Por último, en relación a las prestaciones, Alemania otorga servicios de cuidado en el hogar, cuidado institucional y beneficios a cuidadores y cuidadoras informales. Algo similar ocurre en España, entregando servicios, asistencia personal y cuidado informal, adicionando algunas otras prestaciones, tales como centros de día, atención domiciliaria y centros de larga estadía. Japón provee servicios en el hogar, centros de cuidados y medidas preventivas de salud. Suecia entrega servicios de cuidado institucional, cuidados en el hogar y beneficios para cuidadores y cuidadoras informales. Por último, en Estados Unidos, para ser atendidos a través de los programas públicos Medicare y Medicaid los adultos mayores dependientes tienen algunas restricciones como, por ejemplo, solo pueden optar a estadías en hogares de corta duración (Medicare), no contar con habilidades preestablecidas como bañarse, comer o vestirse solos (Medicaid). Para la atención privada la prestación se otorga a todos los adultos mayores dependientes tras el pago de una prima anual y un cobro por día de cuidado.

## Introducción

---

Desde el punto de vista del cuidado, las personas dependientes sean estos niños, jóvenes, adultos o adultos mayores requieren de cuidados muy similares, por cuanto la dependencia se define como la capacidad que tiene la persona de realizar actividades cotidianas que no podría llevar a cabo sin la ayuda de un tercero. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), “se entiende dependencia exclusivamente en referencia a la necesidad de cuidados, siendo definida formalmente como dependencia de cuidados. De esta manera, la situación de dependencia se presenta cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria sin ayuda de un tercero (cita de la OMS, 2015 en Centro UC, 2016)”.

Los grados de dependencia varían, según los estudios consultados, entre no dependiente y con dependencia severa/total, para lo cual los países utilizan diversos indicadores que permiten valorar este grado de dependencia. En este contexto, aquellas personas – independiente de su edad – requieren de cuidados especiales y en muchos casos cuidadores y cuidadoras principales para poder realizar todas o algunas actividades. Desde este punto de vista “las ayudas que recibe o debería recibir [.....] para realizar las actividades de la vida diaria, son “cuidados”. No se limitan a apoyos instrumentales, sino que al estar vinculados a una relación personal entre persona cuidada y persona cuidadora, se establecen lazos afectivos, que posibilitan brindar el apoyo emocional que la persona dependiente necesita por su situación de vulnerabilidad y fragilidad. Esto puede variar por el tipo de vínculo, formal o informal.” (Pugliese, 2011).

Para el análisis de los programas o políticas que existen en distintos países, se han considerado aquellos dirigidos a los cuidadores y cuidadoras principales (informales) de la población de adultos mayores, toda vez que el crecimiento de la población de adultos mayores tanto en Chile como en el mundo, tiene implicancias no sólo sociales sino especialmente familiares. En general, los cuidadores y cuidadoras

son comúnmente los hijos, esposos y parejas, en especial las mujeres. Al respecto, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (CEPE) señala que “[T]anto los hombres como las mujeres de mediana edad responden a las responsabilidades de los cuidados de diferentes maneras: las mujeres tienden a quedarse en casa para dar cuidados a un familiar, mientras que los hombres posponen su jubilación para ganar más dinero y poder cubrir los gastos relacionados con los cuidados de larga duración” (CEPE, 2010).

Montero destaca que, en el año 2014 en Alemania, las mujeres experimentaron una carga excesiva por el cuidado, que se traduce en que las mujeres dedicaron 11,8 horas semanales al cuidado, en tanto los hombres lo hicieron 9,1 horas a la semana (Montero, 2018).

Por otra parte, se observa que un promedio de un 40% de cuidadores y cuidadoras informales de la Unión Europea tiene un empleo remunerado, llegando incluso al 70% en Holanda. En el año 2012, en Alemania, el 65,7% de las cuidadoras y cuidadores tenían algún tipo de empleo remunerado, de los cuales el 37,6% tiene un empleo de jornada completa y un 19,3% presenta un empleo de jornada parcial (Montero, 2018).

Una de las razones de mantener un empleo formal es contar con una fuente de ingresos y contar adicionalmente con un descanso temporal en sus tareas de cuidadores y cuidadoras. Sin embargo, la conciliación trabajo–cuidador informal requiere ser incorporada en los diseños de políticas y en el área de los derechos laborales.

Si bien existe una amplia literatura respecto del cuidado a los adultos mayores, lo que significa envejecer y el rol tanto del Estado, de los cuidadores y cuidadoras formales o institucionalizados, como de los cuidadores y cuidadoras informales constituidos por familiares, en lo que sigue se describen sólo algunas de las políticas que países OCDE desarrollan con objeto de preservar el bienestar de los cuidadores y cuidadoras informales, sea que estén o no insertos en el mercado laboral.

## **I. Políticas generales de apoyo a los cuidadores y cuidadoras principales o informales**

---

En algunos países se han desarrollado políticas dirigidas a apoyar a los cuidadores y cuidadoras principales. En lo que sigue se enumeran algunos servicios que benefician –en general - al adulto mayor e indirectamente a su cuidador:

- Programas de comidas a domicilio: proporciona soporte nutricional complementario y libera al cuidador de la tarea de compra de alimentos y preparación de las comidas. Esta modalidad se encuentra presente en Israel, Canadá, Suecia, Dinamarca, Noruega, España y Uruguay.
- Centros diurnos: corresponde a un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar, ofrece atención durante el día para necesidades personales básicas, preventivas, terapéuticas y socioculturales, promoviendo la permanencia del adulto mayor en su entorno habitual. Estos centros se caracterizan, entre otras cosas, por aliviar la sobrecarga del cuidador familiar, contando algunos de ellos con centros de orientación jurídica o específicos para personas con Alzheimer. Además, prestan servicios de transporte entre el domicilio y el centro. Esta modalidad se encuentra presente en Argentina, Brasil, Cuba Paraguay, Uruguay, Canadá, Estados Unidos, Israel, Japón, España, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda, Francia, Alemania.

- Servicios de inserción familiar: consisten en insertar al adulto mayor en familias que no son las propias; en algunos países se les denomina “hogares de acogida”. La familia sustituta recibe una prestación económica a cambio del alojamiento, mantención, atención y compañía. Los países que cuentan con esta modalidad son Brasil y Uruguay.
- Servicios de estancias temporales o Centros de respiro familiar: entregan atención integral por un periodo limitado de tiempo a fin de entregar tiempo libre y descanso a sus familiares. Generalmente funcionan fines de semana, feriados y en época de vacaciones. En algunos casos funciona también de noche. Los países que cuentan con esta modalidad son Japón, Suecia, Dinamarca, Noruega, Holanda y España.

Entre otras iniciativas interesantes de señalar y que resuelven o apoyan las labores de cuidados que se han desarrollado en Europa para la prevención de la dependencia son las siguientes:

- Hoteles para pacientes: se desarrolló inicialmente en Escandinavia y hoy se encuentra en Noruega, Suecia, Dinamarca, Finlandia y Reino Unido. Estos hoteles residencias alojan a personas que tienen algún grado leve de dependencia o que se recuperan de una enfermedad. Son de menor costo que una hospitalización y estarían bajo supervisión y atención de enfermería.
- Visitas preventivas a domicilio: la realiza un trabajador social para evaluar al adulto mayor, se desarrollan en Noruega, Finlandia, Dinamarca y Suecia.
- Proyecto global de cuidados en el domicilio (y su denominación inglesa “Home CareUmbrella”): se realiza en Finlandia. A través de grupos de información y cursos guiados para la detección precoz de la depresión en adultos mayores.
- Viviendas tuteladas: se introdujeron en Irlanda, Reino Unido y Finlandia, y corresponden a viviendas con acceso 24 horas a asistencia y apoyo, donde además existen áreas comunes en los que los adultos mayores pueden sociabilizar entre ellos.

## **II. Apoyo a los cuidadores y cuidadoras principales: comparado de países**

---

### **1. Alemania**

La estructura del Seguro para la Dependencia en Alemania contiene un pilar público y uno privado. El sistema público (de reparto) se materializa a través del Seguro Social para la Dependencia cuya administración de los fondos se encuentra en el sector público de salud. El Seguro Social para la Dependencia otorga beneficios a los cuidadores y cuidadoras informales, pudiendo ser estos monetarios o de asistencia, además de cuidados institucionales y servicios de ayuda en el hogar mediante instituciones públicas o privadas sin fines de lucro.

El financiamiento para el sistema público es realizado mediante un porcentaje de los ingresos brutos de los trabajadores, corresponde a un sistema de reparto. La cuota para el Seguro de Dependencia es realizada por las familias variando su porcentaje en función de si la familia cuidadora tiene o no hijos, estos porcentajes fueron modificados por la III Ley de Dependencia que entró en vigor en enero de 2017.

El financiamiento, en el caso del seguro privado corresponde también a un porcentaje del ingreso bruto más una prima adicional.

Figura 1. Estructura del Seguro Social para la Dependencia en Alemania



Fuente: Elaboración propia en base a PUC, CIEDESS (2012) e información para el Seguro de Dependencia 2020

Alemania aprobó en marzo de 1994 la ley de Seguro de Dependencia que prevé dos tipos de cuidados asistenciales: la atención domiciliaria sea que el adulto mayor resida en su propio domicilio o en otro y la atención residencial.

El 1º de enero de 2017 entra en vigor una reforma al seguro de dependencia (Segunda Ley de Dependencia), en el cual se aplica “una nueva definición de la dependencia que supone ampliar las prestaciones de este seguro a las personas que ven reducidas sus capacidades psíquicas y cognitivas. Este colectivo ha estado excluido de gran parte de las prestaciones por estar éstas muy centradas en la disminución o pérdida de las capacidades físicas.” (Revista Asuntos Sociales Nº 111, 2016).

Con la reforma a la Ley de Dependencia (Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)) se aumentan los niveles asistenciales de 3 a 5, se crean nuevos instrumentos de valoración y se modifican las prestaciones. La reforma incorpora en la definición de necesidad de dependencia a las personas con trastornos psicológicos y que se encuentran con problemas de orientación debido a por ejemplo demencia senil.

Con la puesta en vigor de la ley, serán recalificadas 2,7 millones de personas; todas las personas pasarán a un grado superior, salvo los adultos mayores con demencia senil que subirán dos grados.

Hasta antes de entrada en vigencia de la reforma a la nueva Ley de Dependencia se distinguían los siguientes niveles de dependencia (Revista Asuntos Sociales, 2008).

- Nivel asistencial I (necesidad asistencial considerable): corresponde a todas las personas que requieren al menos una vez al día asistencia para una o más de las siguientes actividades diarias:

aseo corporal, alimentación, movilidad. El cuidado no deberá ser inferior a 1,5 horas de los cuales 45 minutos deben estar dedicados a los cuidados básicos.

- Nivel asistencial II (necesidad asistencial grave): todas las personas que requieren al menos tres veces al día cuidados asistenciales para aseo corporal, alimentación o movilidad, a diferentes horas del día. Requiere varias veces a la semana asistencia en actividades domésticas. El cuidado asistencial diario debe ser superior a 3 horas, y dos de ellas dedicadas al cuidado básico.
- Nivel asistencial III (necesidad asistencial muy grave): toda aquella persona que precisa cuidado asistencial para aseo corporal, alimentación o movilidad las 24 horas del día, además de requerir ayuda varias veces a la semana para tareas domésticas. El cuidado no debe ser inferior a 5 horas diarias de los cuales 4 horas deben estar dedicadas a los cuidados básicos.
- Nivel asistencial III especial (necesidad asistencial de extrema gravedad).

Con la Segunda Ley se suman dos niveles más para lo cual se aumenta el presupuesto del Ministerio de Sanidad. Con esta modificación, en el año 2017, solo verán disminuir el monto de la prestación económica aquellos cuidadores y cuidadoras de personas que se encuentran en centros y cuyo grado de dependencia es de 2 y 3. Para el caso de un cuidador familiar las prestaciones económicas ya sea con dependencia corporal o con dependencia corporal y psíquica aumentan, de manera de reforzar la atención domiciliaria.

Otro cambio importante de la nueva Ley es que la cuota al seguro de dependencia sube 0,2 puntos porcentuales, diferenciando a familias cuidadoras con y sin hijos, de esta manera las familias con hijos aportarán un 2,55% y las sin hijos quedarán en 2,80%.

Además, el 16 de diciembre de 2017 se agrega una nueva modificación por parte del Gobierno Federal. Esta Tercera Ley de Dependencia entra en vigor el 1º de enero de 2017 que tiene como objeto reforzar el rol de los municipios en el cuidado de los dependientes y sus familiares. Para ello el Gobierno Federal dispondrá que las municipalidades cuenten con puntos de asesoría, siempre que garanticen cofinanciar la iniciativa.

Otro punto de relevancia es que se ampliarán las atenciones médicas de los seguros públicos de atención a la dependencia, controlando y supervisando de manera más eficiente la atención domiciliaria. Hasta antes de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia II y III de enero de 2017, las prestaciones para cuidadores y cuidadoras no profesionales correspondían a las enumeradas más abajo, no obstante, para acceder a prestaciones del seguro de dependencia debía existir previamente una afiliación mínima de cinco años ya sea en calidad de cotizante titular o de beneficiario.

En el presente documento se ha optado por mantener esta enumeración, principalmente porque las leyes II y III, apuntan a mejorar la antigua ley por lo que se presume que los beneficios para los cuidadores y cuidadoras se mantienen o mejoran, para los casos que existe información en las Leyes II y III de 2017, están serán indicadas. (Revista Asuntos Sociales N° 114 y Ley de Dependencia II y III).

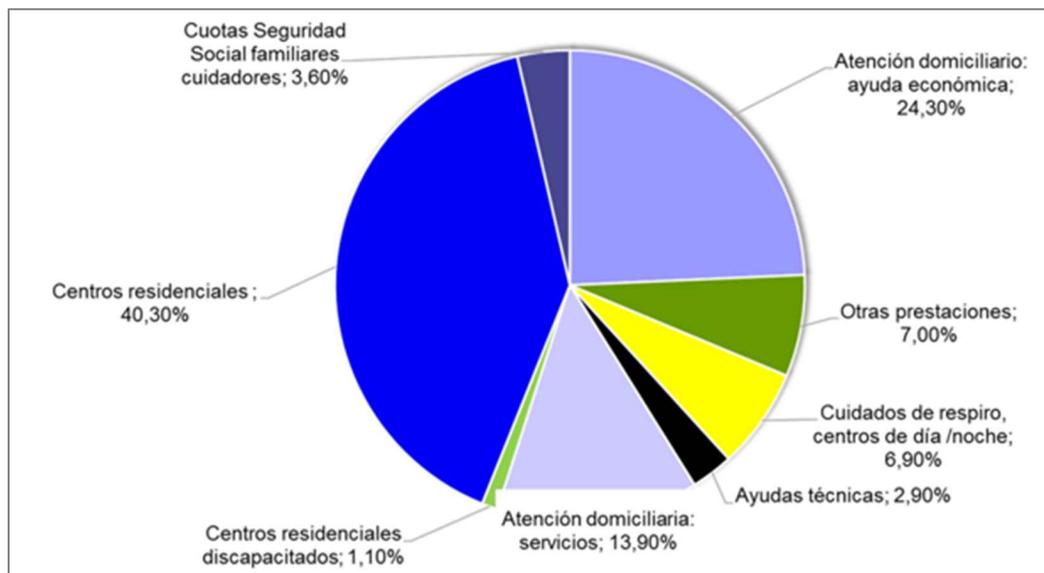
- Prestaciones monetarias para amigos, familiares o personas contratadas directamente por los necesitados de asistencia: para garantizar la libertad de elección, los beneficiarios pueden decidir a quién encomendar su cuidado, pudiendo ser una empresa o acceder al denominado dinero asistencial, el cual es destinado a los familiares encargados de la asistencia. El monto monetario

de la asistencia difiere según el grado o nivel asistencial, existiendo cinco grados, dos de los cuales surgen de la Segunda y Tercera Ley de Dependencia. En caso de que la asistencia sea realizada por un familiar o persona de confianza de la persona dependiente la Oficina de Asistencia Social se hace cargo del importe no cubierto por el dinero asistencial siempre que el solicitante tenga derecho a la ayuda social. Para garantizar el cuidado, el familiar a cargo debe recurrir regularmente a una empresa especializada para obtener asesoría, al respecto la Tercera Ley de Dependencia de enero de 2017 señala que se mejora la asesoría impulsando las redes locales, tanto a la persona dependiente como a sus familiares cuidadores y cuidadoras. Por último, se puede combinar la asesoría domiciliaria familiar con la asesoría domiciliaria especializada por parte de una empresa o centro con cargo al dinero asistencial.

- Asistencia domiciliaria cuando los familiares cuidadores y cuidadoras temporalmente no puedan asumir los cuidados: En caso de que el cuidador no profesional se encuentre impedido temporalmente de realizar la asistencia o desee tomar vacaciones, podrá contratar un reemplazo por un periodo no superior a cuatro semanas por año. Esta solicitud se puede realizar a partir de los 12 meses de iniciado el cuidado, además las Cajas del Seguro de Dependencia reembolsan los gastos de transporte y mermas transitorias del ingreso.
- Afiliación a los seguros de pensiones y de accidentes de los familiares cuidadores y cuidadoras.
- Curso de formación familiares cuidadores y cuidadoras y voluntarios que prestan ayuda asistencial: En el caso de los familiares que realizan cuidados asistenciales a personas dependientes en su propio domicilio, la norma que regula el seguro de dependencia establece que además de los asesoramientos periódicos con una empresa profesional de atención domiciliaria, pueden recibir este asesoramiento en centros de apoyo o con asesores individuales.
- Excedencia no retribuida para cuidar un familiar que tiene una duración máxima de 6 meses para las personas que trabajan en empresas de más de 15 trabajadores: El Seguro de Dependencia asume el pago de cotizaciones para pensión y desempleo siempre que la persona dedique más de 14 horas semanales al cuidado familiar. En caso de que un familiar pase a la situación de dependencia de forma inesperada, la persona tendrá derecho a una excedencia de 10 días laborales para organizar la atención del familiar dependiente.
- Cuidados de respiro: consiste en otorgar un mes de vacaciones al año a los familiares cuidadores y cuidadoras, poniendo a su disposición un servicio de atención para el familiar. Para optar a esta garantía el familiar debe haber atendido al familiar por un periodo mínimo de 6 meses. Además, el Seguro de Dependencia se hace cargo del pago de cotizaciones para la pensión durante ese periodo.

En 2015 la distribución del gasto del seguro de dependencia, tal como se muestra en el gráfico que sigue, era el siguiente:

Figura 2. Distribución del gasto del seguro de cuidados, 2015, en % sobre el total



Fuente: Montero 2018

[http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/Vorschau-Dateien/abbVI40.png](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/Vorschau-Dateien/abbVI40.png)

En resumen, los servicios otorgados por el seguro de Dependencia son (Montero, 2018):

- Prestaciones monetarias para la contratación de servicios profesionales.
- Prestaciones monetarias para familiares, amigos o personas contratadas directamente por quien necesita asistencia.
- Combinación de prestaciones asistenciales por personal calificado y prestaciones económicas.
- Asistencia domiciliaria cuando los familiares no pueden temporalmente asumir el cuidado.
- Cuidados en un centro de día o en un centro de noche.
- Cuidados en un corto periodo de tiempo en una residencia.
- Prestaciones complementarias para capacidades mermadas.
- Ayudas técnicas, aparatos ortopédicos, así como ayudas técnicas para la reforma de la vivienda.
- Afiliación a los seguros de pensiones y de accidentes de los familiares cuidadores y cuidadoras.
- Curso de formación de familiares cuidadores y cuidadoras y voluntarios que prestan ayuda social.
- Teleasistencia

Por último, en febrero de 2018, el gobierno alemán acordó (Montero 2018):

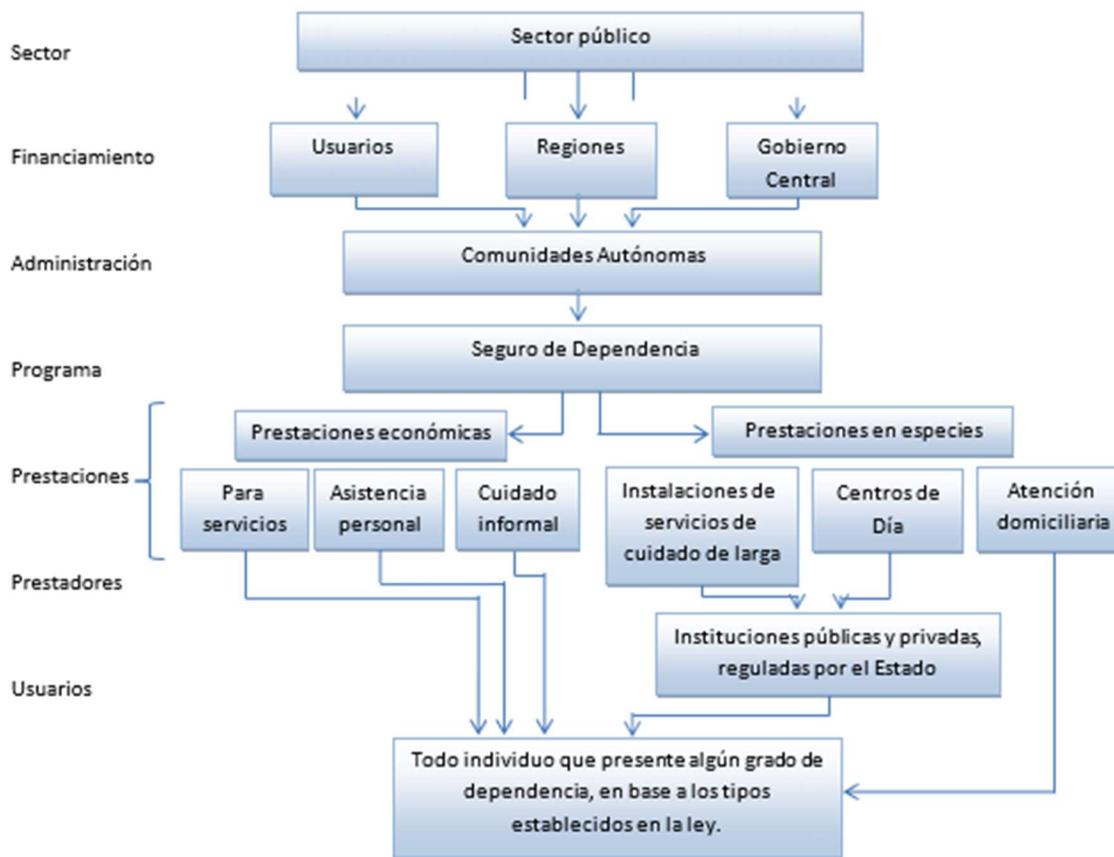
- Mejorar la infraestructura de cuidados residenciales de corta duración y día/noches.
- Crear un fondo anual personalizado que ofrezca mayor flexibilidad.
- Mejorar la remuneración del seguro a los centros que ofrezcan cuidados residenciales de corta duración y día/noche.
- Crear el derecho subjetivo de los familiares cuidadores y cuidadoras de acceder a las prestaciones para la rehabilitación.

## 2. España

La estructura del Seguro Social para la Dependencia en España corresponde solo a un pilar público, donde el financiamiento es realizado tanto por el gobierno central como por las regiones y los usuarios del sistema. Los recursos son administrados por las comunidades autónomas.

Las prestaciones otorgadas por el Seguro de Dependencia son de carácter económicas y van dirigidos directamente aquellas personas dependientes según el grado de dependencia establecido en la ley, tienen como objeto el apoyo para servicios, asistencia personal y/o cuidado informal. Las prestaciones no económicas están dirigidas a las instituciones públicas o privadas reguladas por el Estado, como son los servicios de larga estadía, centros de día y atención domiciliaria.

Figura 3. Estructura del Seguro Social para la Dependencia en España



Fuente: PUC, CIEDESS (2012)

La Ley Nº 39 del 14 de diciembre de 2006 sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 36/2006) establece que el beneficiario puede recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores y cuidadoras no profesionales, siempre que tenga las condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad en la vivienda.

Cuando el adulto mayor está siendo atendido por un familiar, dicho cuidador contará con una prestación económica, además debe ajustarse a las normas de afiliación y cotización a la Seguridad Social. Sin embargo, si la persona dependiente en grado II (dependencia severa, requiere apoyo para algunas

tareas pero no permanentemente de un cuidador) y III (Gran dependencia, requiere apoyo en varias tareas por pérdida total de autonomía física y/o mental) se encuentran en sectores caracterizados por insuficiencia de recursos públicos y privados, se encuentren despoblados o en áreas geográficas de difícil acceso, el cuidador no profesional podrá ser parte de su entorno sin necesidad de tener parentesco con la persona dependiente. (Ley 39/2006).

Del mismo modo, la Ley establece que el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia proveerá acciones de apoyo a los cuidadores y cuidadoras no profesionales que incluyen información, programas de capacitación y medidas para contar con periodos de descanso<sup>1</sup>.

Para optar a las prestaciones económicas la Ley señala que los requisitos y condiciones de acceso serán establecidos por las Comunidades Autónomas teniendo en cuenta lo previsto en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. De este modo, podrán asumir como cuidadores y cuidadoras no profesionales su cónyuge y parientes consanguíneos (Art 2, 14 y 18 de la Ley 39/2006), hasta el tercer grado de parentesco. El cuidador debe vivir en el mismo domicilio que la persona dependiente.

Por otra parte, el Decreto Real/Ley 20/2012, del 13 de julio revisado y en vigencia a partir del 2 de enero de 2016, sobre medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, cuantías máximas de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, de asistencia personal y de la prestación vinculada al servicio, modifica el Artículo Transitorio N° 10 señalando que mientras entre en efecto el reglamento que regula las cuantías de las asignaciones a las comunidades autónomas, los beneficiarios que tengan resolución de grado y nivel de dependencia reconocido a la entrada en vigor del Decreto Real, tendrán derecho a prestaciones económicas por cuidado en el entorno familiar según grado y nivel de dependencia, el que irá disminuyendo en monto.

De acuerdo a esta norma el grado y nivel de dependencia queda establecido de la siguiente manera:

- Grado I. Dependencia moderada. Nivel 2
- Grado II. Dependencia Severa. Nivel 1
- Grado II. Dependencia Severa. Nivel 2
- Grado III. Gran dependencia. Nivel 1
- Grado III. Gran dependencia. Nivel 2

Las cuantías para aquellos beneficiarios que no cuenten con resolución administrativa de dependencia antes de la entrada en vigor del Decreto Real y los nuevos solicitantes, podrán optar a prestaciones económicas según grado (I, II y III) y diferenciado según se encuentre vinculada al servicio, de asistencia personal o por cuidados en el entorno familiar.

Las prestaciones económicas a las que pueden acogerse las personas con dependencia son (ENED, 2019):

- “Prestaciones económicas vinculadas al servicio: si no es posible que la persona acceda a un servicio determinado, se le concede un subsidio de carácter personal para que el beneficiario busque este servicio en otro sector.

---

<sup>1</sup> Véase la disposición transitoria décima del R.D.-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad («B.O.E.» 14 julio), sobre cuantías máximas de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, de asistencia personal y de la prestación vinculada al servicio. En esta Ley se establece el monto de la prestación económica por cuidados en el entorno familiar según grado y nivel de dependencia. Disponible en: <http://bcn.cl/1qy2y> (Septiembre, 2020).

- Prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores y cuidadoras no profesionales: tiene como objeto que la persona dependiente se mantenga dentro del ambiente familiar, para ello se otorga una prestación económica al cuidador no profesional, debiendo ser este un familiar máximo hasta tercer grado de parentesco. Adicionalmente, la ley exige que, para otorgar esta prestación, el familiar cuidador debe llevar al menos un año en el cuidado y que la vivienda cumpla con los requisitos de habitabilidad y convivencia adecuados.
- Prestación económica de asistencia personal: esta prestación permite la contratación de un asistente personal durante un número de horas al día, de modo de promocionar mayor autonomía en las actividades de la vida diaria.” (Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, 2019).

Los servicios otorgados por el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia son, en términos generales, los siguientes (ENED, 2019):

- “Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal: acciones dirigidas a promover hábitos y condiciones de vida saludables, acciones preventivas y/o de rehabilitación. Enfocadas principalmente a los servicios sociales y servicios sanitarios.
- Servicios de teleasistencia: este servicio facilita la asistencia de los beneficiarios mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Entregan respuesta ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento. Tiene como objeto que la persona se mantenga en su residencia habitual.
- Servicios de ayuda a domicilio: pueden ser de dos tipos: ayuda en las tareas diarias de tipo doméstico (lavado, limpieza, cocina, etc.) o relacionados con la atención personal.
- Servicios de centro de día y de noche: tiene como finalidad mantener el mayor nivel de autonomía posible de la persona y de dar apoyo a las familias y/o cuidadores y cuidadoras.
- Servicios de atención residencial: entrega atención integral tanto en centros públicos como privados. Puede de ser carácter permanente cuando el beneficiario se encuentra institucionalizado o temporal como es el caso de una convalecencia o de descanso para los cuidadores y cuidadoras.” (Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED, 2019).

En general y basados en la Ley de Dependencia 39/2006, se han establecido nuevas leyes o decretos reales a lo largo de los años en los que se establece lo siguiente:

- Decreto Real 615/2007 que regula la seguridad social de los cuidadores y cuidadoras de las personas en situación de dependencia: Crea la figura de cuidador no profesional.
- Decreto Real 174/ 2011 en el que se aprueba el Baremo de valoración de la situación de dependencia.
- Orden SSI/2371/2013 por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención para la Dependencia.
- Decreto Real 1050/2013 que regula el nivel mínimo de protección.
- Decreto Real 1051/2013 por las que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención para la Dependencia.
- Decreto Real 291/2015 por el que se modifica el DR 1051/2013 que regula las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención para la Dependencia.

Los criterios comunes de actuación respecto de los cuidadores y cuidadoras no profesionales establecidos en España son los siguientes:

- Programas de formación e información que entreguen conocimientos básicos para el cuidado sociosanitario de la persona dependiente.

- Prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar.
- Facilitar apoyo emocional a los cuidadores y cuidadoras no profesionales para el autocuidado.
- Impulsar el reconocimiento social de los cuidadores y cuidadoras, orientándolos para una futura inserción en el mercado laboral.
- Formación inicial el desarrollo personal del cuidador no profesional.
- Se destaca como uno de los objetivos centrales de los programas de formación el informar sobre el “marco jurídico en el que se desenvuelve la figura de la persona cuidadora, ofrecer instrumentos que faciliten el desarrollo de su actividad, así como proporcionar información sobre redes locales, grupos de autoayuda, medidas de apoyo a las personas cuidadoras, y periodos de descanso”. (Ministerio de la Presidencia, España).

En términos generales, los programas de formación presentan en cuanto a contenido y metodología los siguientes tópicos:

- Desarrollo personal de la persona cuidadora.
- Papel del cuidador o cuidadora no profesional.
- Impacto familiar y personal del cuidado de una persona en situación de dependencia.
- Relaciones con la persona en situación de dependencia y el entorno social.
- Estímulo de la autonomía personal de la persona en situación de dependencia.
- Habilidades de comunicación: interpersonal, expresión de sentimientos, asertividad, empatía y escucha activa, en relación a la persona cuidadora y al entorno.
- Ocio y Tiempo libre de la persona cuidadora.
- Medidas higiénico sanitarias para el cuidador o cuidadora no profesional.
- Prevención de riesgos en el domicilio.
- Prevención de lesiones, higiene de la columna.
- Prevención del estrés y la sobrecarga de la persona cuidadora.
- Habilidades y estrategias de autocuidado.
- Grupos de autoayuda y ayuda mutua.
- Apoyo social de tipo emocional e informativo
- Definir espacios para compartir experiencias y problemas derivados del cuidado.
- Intercambio de estrategias de afrontamiento que utiliza cada uno de sus miembros.

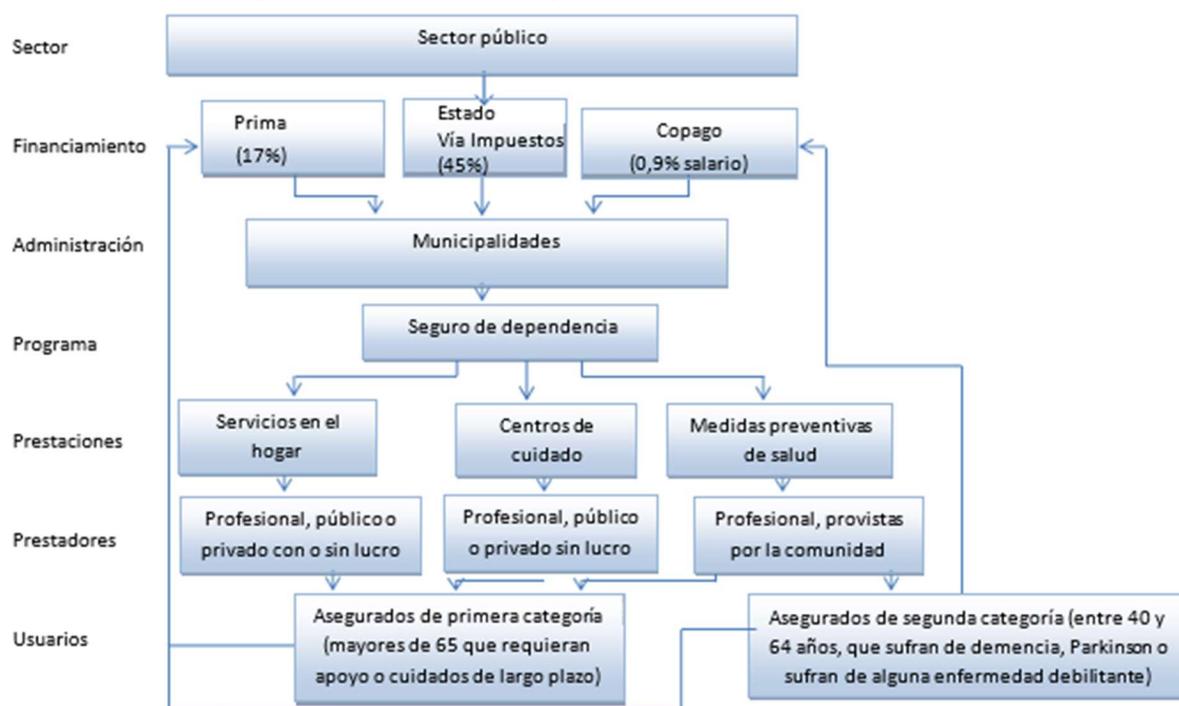
### **3. Japón**

La estructura del Seguro Social para la Dependencia en Japón está conformada solo por un pilar público al igual que en el caso de España. El financiamiento es mediante primas, impuestos y co-pago, cuyos recursos son administrados por las municipalidades.

El Seguro de Dependencia entrega prestaciones a los servicios del hogar y centros de cuidados proporcionados por profesionales públicos o privados con o sin fines de lucro. Las prestaciones para medidas preventivas de salud se entregan a profesionales provistos por la comunidad.

Los usuarios cubiertos por el Seguro de Dependencia cuyas prestaciones están dirigidas a los centros de cuidados y los servicios del hogar se denominan asegurados de primera categoría y corresponden a aquellas personas de 65 años o más que requieren cuidados de largo plazo, estos pagan una prima para acceder al seguro. Existen también los asegurados de segunda categoría correspondientes a las personas de 40 a 64 años con demencia, Parkinson u otra enfermedad debilitante; estas además de la prima, tienen un copago.

Figura 4. Estructura del Seguro Social para la Dependencia en Japón



Fuente: Elaboración propia en base a PUC, CIEDESS (2012) e información para el Seguro de Dependencia actualizado

A partir del 1 de abril del año 2000, Japón ha implementado un nuevo plan de seguro social para los discapacitados y adultos mayores, estableciendo un fondo mancomunado de seguro en salud, especial para adultos mayores y un seguro de dependencia. El seguro de dependencia es un sistema obligatorio de reparto, que se basa en la cobertura universal, financiado con un fondo común donde el Estado aporta el 45% vía impuestos, los contribuyentes cubren el restante 45% y los beneficiarios aportan con un copago del 10%.

Del monto total aportado por el Estado, 22,5% lo aporta el Gobierno nacional y el otro 22,5% los municipios y prefecturas.

Respecto de los contribuyentes, los aportes se financian bajo el siguiente esquema: las personas de 65 años o más deben pagar una prima de un 17%, en tanto los trabajadores de entre 40 a 64 años deben pagar un aporte de 0,9% del salario, en partes iguales entre trabajadores y empleadores, llegando de este modo a enterar el 50%. (Gleckman 2010 citado por PUC y CIEDESS, 2014).

Este fondo es administrado por la municipalidad, quien es el encargado, no sólo de la administración de los recursos económicos del fondo, sino que de ofrecer un servicio integrado de cuidado para cada beneficiario. Para esto, la política pública se ha focalizado en la estandarización del servicio entregado, la continuidad de éste, la flexibilidad del servicio para adecuarse a distintas necesidades y por sobre todo la coordinación entre los distintos tipos de proveedores, a modo de ofrecer un servicio de la más alta calidad que les permita a los adultos mayores con alguna discapacidad continuar viviendo de manera independiente durante el mayor tiempo posible en sus propias casas (Naito, 2009).

Para llevar a cabo esta misión, este sistema se basa en el modelo la “gestión del cuidado”, y por lo tanto cada caso le es asignado a un manager, quien tiene la responsabilidad de planificar todos los servicios

de cuidado que una persona pudiera necesitar en el tiempo (International Journal, 2001). De este modo, el gestor es el encargado de estructurar un plan de cuidado acorde a las necesidades y/o deseos del adulto mayor, a la vez de supervisar que este se mantenga adecuadamente en el tiempo, así como también evaluar la calidad del servicio otorgado (plan que puede ser modificado de acuerdo a los resultados de esta evaluación). La introducción del “manager de cuidados” ha venido a balancear los poderes en el cuidado del adulto mayor, que antes recaía únicamente en los médicos y personal de salud, quienes tenían gran autoridad entre los adultos mayores.

En este contexto surge el Seguro de Cuidados de Larga Duración, con al menos cinco objetivos:

- “Incrementar el nivel de independencia de los Adultos Mayores enfermos.
- Reducir la carga sobre sus familias, alinear mejor beneficios y primas.
- Proveer mayor cuidado comprehensivo integrando programas médicos y de dependencia.
- Reducir el número de hospitalizados.” (Gleckman 2010 citado por PUC y CIEDESS, 2014).

El Seguro de Cuidados de Larga Duración es un programa administrado por los municipios, que no entrega dinero sino servicios, ya sea en el hogar a través de prestadores con fines de lucro o en instituciones.

Los beneficiarios son divididos en dos grupos:

- 1) Asegurados de primera categoría que corresponde a los adultos mayores de 65 años o más.
- 2) Asegurados de segunda categoría que corresponden a las personas entre 40 y 64 años que son cubiertos parcialmente por padecer de algunas enfermedades tales como Parkinson, demencia o derrame cerebral.

Para cada uno de estos grupos se establecen cinco niveles de necesidad, las cuales son evaluadas y dan origen al plan de entrega de origen definido.

De acuerdo a lo establecido por el plan de cuidados, un adulto mayor podría acceder a los siguientes beneficios (International Journal, 2001):

- Cuidados en el hogar: servicios de ayuda para el hogar, visita de una enfermera, servicio de bañado, servicios de rehabilitación, etc.
- Cuidados ambulatorios: asistencia a un centro de cuidado diurno, cuidados médicos, servicios médicos con estadías cortas (un día).
- Cuidado en instituciones: hogares de ancianos, servicios de rehabilitación intrahospitalaria, interacción en servicios hospitalarios especializados en el tratamiento de adultos mayores.
- Cuidados preventivos: el contenido de estos servicios no se diferencia mucho del de los servicios de cuidados, pero quienes dispensan los cuidados prestan más atención a mantener la autonomía de los beneficiarios en su vida cotidiana (Naito, 2009).

No obstante, y debido a que un porcentaje importante de personas no accedía a los beneficios de cuidados de larga duración o bien accedía parcialmente y al constante recorte de los programas y beneficios, es que se ha “tomado como medida fomentar la prevención de la dependencia a través de un beneficio asociado al seguro y establecido a nivel comunitario que entregue servicios destinados a mejorar el estado físico, la salud mental, la salud bucal y el estado nutricional.” (Gleckman 2010 citado por PUC y CIEDESS, 2014).

#### 4. Suecia

La estructura del Seguro Social de Dependencia en Suecia es de carácter público, al igual que en España y Japón. Se financia con impuestos locales, con los honorarios de los usuarios según su renta y una subvención del gobierno central, los recursos son administrados por las municipalidades para un sistema de cuidados de larga duración.

Las prestaciones corresponden a servicios de cuidado institucional otorgados por prestadores públicos y privados con subvención y cuidados en el hogar a través de profesionales acreditados. Además, se entregan beneficios para cuidadores y cuidadoras informales.

Figura 5. Estructura para el Seguro Social de Dependencia en Suecia



Fuente: PUC, CIEDESS (2012)

Los sistemas de atención a la dependencia se fundamentan en los principios de universalidad y de acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad. De este modo, cualquier persona que se encuentre en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la ley, tiene derecho a recibir los servicios y prestaciones para cuidados de larga duración adecuados en función de sus necesidades y nivel de dependencia (Health and Medical Services Act 1982:763).

La provisión de cuidados de larga duración en el sistema sueco se gestiona y articula principalmente a nivel municipal. El procedimiento de elegibilidad y asignación es un proceso que conducen los supervisores de la oficina municipal de bienestar social, quienes, a través de una reunión con el solicitante en su propio domicilio, identifican sus necesidades y determinan el tipo y la intensidad de servicios que necesita la persona en cuestión (Health and Medical Services Act 1982:763).

El nivel de dependencia, así como el grado de deterioro cognitivo, son los elementos más decisivos para determinar el tipo e intensidad de las prestaciones a percibir. Sin embargo, a este respecto, se ha observado cierto retroceso de la cobertura universal y endurecimiento de los criterios de concesión de las prestaciones públicas en la última década, concentrándose entre los dependientes más severos y trasladando parte de los cuidados a las familias (Health and Medical Services Act 1982:763).

Aunque a lo largo de la última década los aportes de recursos se hayan estabilizado, e incluso reducido puntualmente, Suecia continúa gozando de un desarrollado sistema de servicios públicos para los adultos mayores y con discapacidad, que cubre a casi la mitad de las personas (49,03% concretamente) dentro de este colectivo. A continuación, se muestran los principales servicios y prestaciones económicas ofrecidas por el sector público (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2009):

Tabla 1. Servicios y prestaciones económicas

Catálogo de servicios	Prestaciones económicas
-Servicio de prevención de las situaciones de dependencia	-Excedencia de cuidados
-Servicio de Teleasistencia (alarmas de seguridad personales) -Centros de Día/Noche	
-Servicio especial de transporte	-Prestación económica de asistencia a la persona dependiente
-Servicio de atención y alojamiento a corto plazo	
-Servicio de ayuda a domicilio -Atención de las necesidades del hogar -Cuidados personales	-Prestación económica al cuidador

Fuente: Swedish Association of Local Authorities and Regions (2009)

La tabla muestra un amplio catálogo de servicios, que incluye servicios como los de atención y de alojamiento a corto plazo o el servicio especial de transporte. Los primeros plantean una etapa intermedia entre la ayuda a domicilio, la atención hospitalaria y la atención residencial. Este tipo de servicio es una práctica que tiene múltiples facetas: se utiliza para la rehabilitación, la recuperación después de una estancia en el hospital, la convalecencia o cuidados paliativos.

Por otro lado, desde 1982, con la introducción de la Ley de Servicios Médicos y de Salud (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763), los municipios están obligados a proporcionar transportes adaptados a las personas con discapacidad. Desde el 1982 los municipios también son responsables de la gestión de residencias y otros centros institucionales, así como de la administración de las distintas ayudas económicas.

En relación a las prestaciones económicas, existen básicamente dos grupos en función del origen de la ayuda económica:

- En primer lugar, bajo la Ley que regula el derecho a permiso parental y otros (Föräldraledighetslag 1995:584), el Sistema de Seguridad Social ofrece a aquellas personas que cuidan a un familiar mayor con una enfermedad terminal una excedencia de cuidados que permite abandonar temporalmente su trabajo durante un máximo de 100 días percibiendo, en promedio, un 80% del sueldo. En caso de necesitar un cese provisional del trabajo más largo, deben optar por una excedencia no remunerada durante un máximo que oscila entre dos y tres años (Föräldraledighetslag (1995:584)).

- En segundo lugar, los municipios suecos ofrecen prestaciones adicionales que se pueden diferenciar en dos programas principales:
  - Por un lado, la *prestación de asistencia* a través de una retribución exenta de impuestos que la persona dependiente recibe para pagar a su cuidador. La elegibilidad depende del nivel de dependencia.
  - Por otro lado, la prestación al cuidador consiste en una remuneración al cuidador que está sujeta a impuestos y proporciona una protección social similar a la de los trabajadores en el sector formal. Este tipo de prestaciones son competencia municipal, por lo que su magnitud varía entre municipios (Ley de Servicios Médicos y de Salud de Suecia).

Paralelamente, existe un soporte 'no monetario' al cuidador informal (*cuidados de relevo*), así como un soporte a nivel psicológico para la persona dependiente y su círculo más cercano, que se articula a través de varias organizaciones de voluntarios expertos en este ámbito.

En algunos municipios incluso se ha desarrollado la figura del “*consultor del cuidador*”, encargado de coordinar los contactos entre los servicios formales y los cuidadores y cuidadoras y los *Centros para los Cuidadores*, destinados a ser un punto de encuentro común para los servicios formales, los cuidadores y cuidadoras y las organizaciones voluntarias. Como consecuencia de este conjunto de políticas, las tendencias más recientes muestran una expansión importante del cuidado informal en los últimos años.

En términos cuantitativos, la atención domiciliaria, seguida por la teleasistencia, son los cuidados con mayor peso. Concretamente, en 2009, 158.728 personas estaban recibiendo atención domiciliaria a nivel país, con una intensidad promedio por persona de 23 horas mensuales (Socialstyrelsen, 2012).

El nivel de elección de las personas dependientes es otro factor relevante del modelo sueco. En Suecia, y concretamente en los servicios domiciliarios y los alojamientos especiales, existe un modelo de libre elección. Es decir, una vez los órganos de evaluación correspondientes han determinado el grado de atención necesaria, la persona dependiente tiene total libertad para escoger el proveedor y poder cambiar de proveedor en caso que no quede satisfecho con la calidad del servicio prestado. La autoridad local se limita a determinar el precio de los servicios y, consecuentemente, la provisión de los servicios se basa en la competencia en calidad entre los distintos proveedores públicos y privados (Socialstyrelsen, 2012).

El año 2007, un total de 32 municipalidades habían implementado un modelo de alta libertad de elección y 38 estaban planificando su aplicación. Adicionalmente, en 2008, el Ministerio de Salud y Bienestar Social (*Socialstyrelsen*) puso unos 280 millones de euros a disposición de aquellas localidades que quisieran investigar e implementar un modelo de elección del consumidor con mayor grado de libertad que el vigente, e incluso se creó un *Comité sobre Elección del Consumidor*, con la voluntad de ejecutar programas de soporte a los miembros que buscasen nuevas alternativas para mejorar el modelo de elección.

Finalmente, desde inicios de 2009, con la introducción de la *Law on System of Choice in the Public Sector (2008:962)*, el modelo Sueco ha consolidado un sistema de libre elección del usuario, al mismo tiempo que ha facilitado la entrada de distintos actores privados en la provisión de los servicios en el mercado de cuidados de larga duración, y en última instancia, promocionado el suministro de unos servicios más eficientes y con una notable mejora en términos cualitativos (Trydegård, G (2010).

La financiación de la atención a la dependencia en Suecia se realiza fundamentalmente a través de impuestos de carácter local. También colabora en el financiamiento el mismo estado sueco a través de tres formas:

- Subvenciones a los municipios (el mecanismo de asignación de recursos tiene en cuenta factores como la estructura demográfica o la densidad de población anciana);
- subvenciones directas a la población y una compensación a los municipios con estructuras demográficas desfavorables. Concretamente, y según datos de la OECD (2011), un 85% de los gastos en cuidados de larga duración son financiados con impuestos locales y un 11% a través de subvenciones estatales;
- adicionalmente, las personas dependientes participan en la cofinanciación de estos servicios, aunque en su conjunto, el gasto en asistencia a personas dependientes se apoya mayoritariamente en la financiación local y únicamente el 4% de dicho gasto lo desembolsan los propios usuarios (Trydegård, G (2010).

El marcado carácter local del sistema de financiación, es fruto en parte, de las políticas adoptadas durante la recesión económica de los años 90. Entre 1990 y 1993, el PIB disminuyó un 5%, la ocupación se redujo un 10% y el déficit público excedió el 15% del PIB causando la mayor crisis económica desde 1930 (OECD, 2011).

Como respuesta, el estado limitó significativamente el presupuesto destinado a la atención de la dependencia, incrementó las tasas de copago y endureció notablemente los criterios de elegibilidad, dejando a los dependientes con necesidades menos extensivas fuera del sistema público.

Ante este cambio de modelo y para proteger a los sectores más vulnerables, la reforma ÄDEL de 1992 introdujo un conjunto de medidas con la finalidad de limitar las cuantías anuales de desembolsos realizados por las personas dependientes.

Adicionalmente, en esta misma ley se contempló la posibilidad que los municipios puedan aplicar impuestos locales para complementar la financiación de los servicios de atención a la dependencia. La Reforma ÄDEL (1992) ha provocado la progresiva descentralización de la financiación hacia los municipios, que actualmente sufragan un 85% del costo total del sistema (Sveriges Riksdagen, 1999).

## **Estados Unidos**

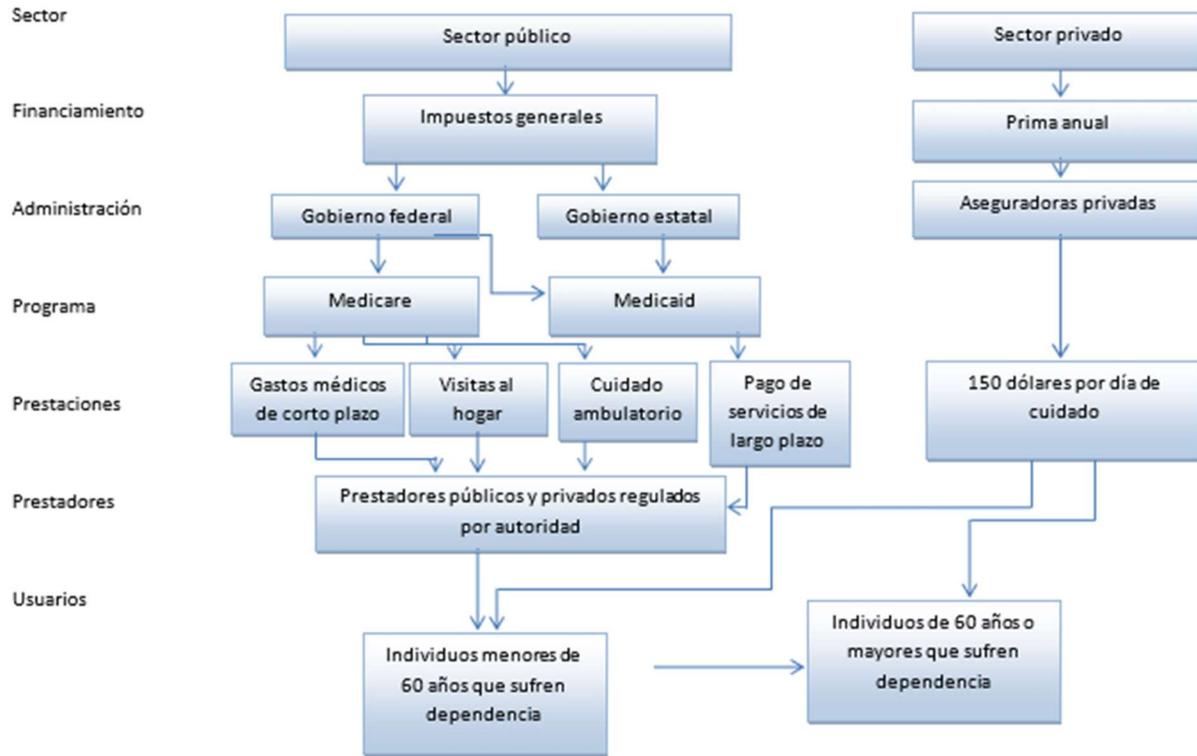
La estructura del Seguro Social para la Dependencia en Estados Unidos cuenta con dos pilares; uno público y otro privado, al igual que en el caso de Alemania, aun cuando tienen diferencias importantes.

En Estados Unidos los adultos mayores dependientes solo pueden optar por el sistema privado tras el pago de una prima anual pagada directamente a las aseguradoras privadas. Para ser atendidos a través de los programas públicos Medicare y Medicaid los adultos mayores dependientes tienen algunas restricciones como, por ejemplo, solo pueden optar a estancias en hogares de corta duración (Medicare), no contar con habilidades preestablecidas como bañarse, comer o vestirse solos (Medicaid).

El sector público financia las atenciones a través de impuestos generales, administrados por el gobierno federal y estatal a través de los programas de salud Medicare y Medicaid, cuyo foco de atención son las personas dependientes de menos de 60 años.

El programa Medicare es administrado solo por el gobierno federal, con prestadores público o privados regulados por la autoridad, ofrece diversas prestaciones como gastos médicos de corto plazo, visitas al hogar y cuidado ambulatorio; en tanto, el programa Medicaid financiado tanto por el gobierno federal como por el gobierno estatal ofrece como prestación el pago de servicios de largo plazo.

Figura 6. Estructura del Seguro social para la dependencia de los Estados Unidos



Fuente: PUC, CIEDESS (2012)

En Estados Unidos el cuidado a adultos mayores aumentó del 16,6% en el 2015 al 19,2% en 2020, el 61% de las y los cuidadores son mujeres. El 89% de los cuidadores y cuidadoras son familiares, predominando cada vez más el cuidado no remunerado.

Actualmente, existen dos programas de apoyo en gastos de salud. Por un lado, está el *Medicaid* que corresponde a un programa conjunto de carácter federal y estatal que subsidia o ayuda a pagar los gastos de salud de las personas de bajos recursos, sin importar la edad. El *Medicare*, en tanto, es un programa federal que provee servicios de cuidados de la salud para las personas adultas mayores (de 65 años y más), a este último programa, las personas deben inscribirse y los beneficios obtenidos dependerán de si se mantiene o no trabajando y si se tiene seguro médico a través del empleador.

No obstante, una persona de bajos ingresos puede optar tanto al programa Medicaid como al programa Medicare. La administración del programa Medicaid depende de cada estado, no obstante, la elegibilidad se define en función de tres factores básicos:

- Número de personas dependientes que aparecen en la declaración de impuestos.
- Ingresos mensuales.

- Estado en que reside la persona.

Las opciones de financiamiento para el cuidado de adultos mayores en Estados Unidos son las siguientes:

- Medicare: cubre la estancia en un hogar de cuidados del adulto mayor por un periodo corto de tiempo y bajo condiciones muy específicas como son que el adulto mayor haya estado hospitalizado por tres o más días. Para recibir servicios a domicilio, Medicare exige que el adulto mayor requiera cuidados especializados como los de enfermería o terapeuta; estos servicios deben ser solicitados por el médico a una agencia certificada de Medicare. No cubre servicios de cuidados permanentes ni de asistencia personal (bañarse o vestirse).
- Seguro de salud privado: “cubre hospitalizaciones, medicamentos recetados y consultas a los médicos. De manera similar a Medicare, suele cubrir servicios de rehabilitación a corto plazo, pero no los cuidados a largo plazo que podrías necesitar en el futuro.” (AARP, 2020).
- Medicaid: es un programa federal y estatal de servicios de cuidado de largo plazo para personas de bajos ingresos. Para optar al cuidado de largo plazo, las personas no pueden estar en condiciones de realizar actividades cotidianas, como comer, bañarse o vestirse. Los beneficios del programa varían de estado en estado.
- Servicios y programas estatales: son programas dirigidos a que la persona dependiente se mantenga en su hogar, proporcionándole comida a domicilio, transporte y asistencia domiciliaria.

Existen, además otras alternativas como los grupos religiosos y las organizaciones relacionadas con la salud, tales como la American Diabetes Association y la Alzheimer’s Association. Se puede adicionalmente contratar un seguro de cuidados de largo plazo, pero después de jubilarse y debido a la baja de los ingresos que esto significa, las personas podrían no estar en condiciones de pagar la prima.

También existe la posibilidad de una hipoteca revertida que permite hacer uso del valor de la vivienda para el pago de los cuidados de largo plazo, el préstamo no requiere ser pagado siempre y cuando la persona permanezca viviendo en su casa.

Por último, está la opción de la Continuing Care Retirement Community (CCRC o comunidad de cuidados continuos para jubilados). “Estas comunidades disponen de viviendas con servicios de apoyo, instituciones de vida asistida y residencias geriátricas en una misma propiedad. Algunas CCRC ofrecen un acuerdo para los cuidados de por vida” (AAR, 2020). Bajo esta modalidad, la persona paga una cuota de ingreso considerable, además de una tarifa mensual regular.

En algunos estados existen programas de financiamiento y reembolso a los cuidadores y cuidadoras familiares. Ejemplo de estos programas se dan en:

- Arizona: corresponde a un programa piloto iniciado a comienzo del 2020, en el cual se entrega financiamiento para la mejora de las viviendas (rampas, barras de agarre o tecnología de asistencia, como audífonos o dispositivos de alerta médica). Se asigna presupuesto para dos años a través del Arizona Family Caregiver Reimbursement Program, el cual está dirigido a personas de ciertos niveles de ingreso.

El Family Caregiver Reimbursement Program es uno de los pocos programas existentes en Estados Unidos que otorga recursos a los cuidadores y cuidadoras para el cuidado. Los recursos

no pueden ser utilizados en la vida diaria, ni en reparaciones y mantención de la vivienda, tampoco puede destinarse a gastos que el seguro u otras fuentes reembolsarán. “Después de dos años, el proyecto de prueba se evaluará para determinar si debe continuar. El programa lo supervisa la división sobre Envejecimiento y servicios para adultos mayores del Departamento de Seguridad Económica de Arizona.” (ARR, 2020).

- Leyes de Licencia familiar pagada: permite a los trabajadores obtener una licencia por enfermedad para uso personal o para el cuidado. No ofrece asistencia financiera. Existe en varios estados.
- Hawai en 2018 lanzó el programa Kupuna Caregivers que permite que los cuidadores y cuidadoras que trabajen fuera del hogar 30 hrs semanales o más, puedan recibir dinero para cubrir los costos de los servicios de cuidado como el cuidado diurno, ayuda en el hogar y entrega de comidas.
- Nueva Jersey en 2017 aprobó la Ley Wounded Warrior Caregivers Relief Act que permite un crédito tributario estatal con un tope máximo a los cuidadores y cuidadoras familiares de veteranos discapacitados por cualquier conflicto armado posterior al 11 de septiembre de 2001.
- Virginia en 2018 reactivó la financiación hasta el 31 de julio de 2021 del Virginia Lifespan Respite Voucher Program, que corresponde a una subvención para proporcionar un reembolso por familia por el cuidado de relevo. No pueden participar las familias que anteriormente habían recibido beneficios de este programa.
- Washington en 2022 comenzará a pagar un impuesto de nómina del 0,58% que permitirá aprovechar los beneficios acumulados a partir de 2025 con el objeto de mantener a los adultos mayores en sus hogares. Este proyecto de ley fue aprobado en mayo de 2019.

Por último, hay que recordar que en 1965 se aprobó la Older American Act (OAA) (Ley para los Americanos Mayores) que cuenta con un Programa de ayuda para los cuidadores y cuidadoras familiares y Descanso para los cuidadores y cuidadoras de todas las edades. Esta iniciativa tiene como objetivo incorporar las necesidades de los familiares proveedores de cuidados a las provisiones para los programas de servicios domiciliarios y comunitarios financiados por el Estado.

En 2020 esta ley tuvo modificaciones permitiendo que los programas de ayuda para los cuidadores y cuidadoras familiares y descanso para los cuidadores y cuidadoras de todas las edades tuviesen asignaciones para el año fiscal 2020 al año fiscal 2024. Además, entrega flexibilidad para que los estados y las localidades decidan la asignación del National Family Caregiver Service entre la población atendida.

## Referencias

---

- American Association of Retired Persons (AARP). Como pagar los cuidados a largo plazo. Estados Unidos. 2020. Disponible en <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/asuntos-legales-financieros/info-2016/medicare-medicaid-hipoteca-seguro.html?intcmp=AE-CRC-ENDART2-ES> (Septiembre, 2020).
- American Association of Retired Persons (AARP). Documentos y finanzas, 2020. Disponible en <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/asuntos-legales-financieros/info-2020/programa-piloto-en-arizona-reembolsa-dinero.html> (Septiembre, 2020).
- American Association of Retired Persons (AARP). Seguro médico y beneficios. Estados Unidos, 2020. Disponible en <https://www.aarp.org/espanol/recursos-para-el-cuidado/seguro-medico-beneficios/info-2019/medicaid-personas-mayores-lyda-arevalo-flechas.html> (Septiembre, 2020).
- Área de Asuntos Sociales y Servicios Sociales. Revista de Actualidad N° 114. La reforma del seguro de dependencia: Alemania. Mayo 2008. Disponible en <http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista114/121.pdf> (Septiembre, 2020).
- Área de Asuntos Sociales y Servicios Sociales. Revista de Actualidad N° 208. La reforma del seguro de dependencia: Alemania. Enero 2017. Disponible en <http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista208/44.pdf> (Septiembre, 2020).
- Área de Asuntos Sociales y Servicios Sociales. Revista de Actualidad N° 114. La reforma del seguro de dependencia: Alemania. Mayo 2008. Disponible en <http://www.empleo.gob.es/es/mundo/Revista/Revista114/121.pdf> (Septiembre, 2020).
- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). “Política Integrada del Cuidado del Adulto Mayor Dependiente”. 05-11-2014. Disponible en [http://parlamentario.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21007/1/cuidados%20a%20las%20personas%20dependientes\\_Final\\_v4.doc](http://parlamentario.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21007/1/cuidados%20a%20las%20personas%20dependientes_Final_v4.doc) (Septiembre, 2020).
- Caregiving in the U.S. Research Report, may 2020. Disponible en <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2020/05/full-report-caregiving-in-the-united-states.doi.10.26419-2Fppi.00103.001.pdf> (Septiembre, 2020).
- Centro Universidad Católica. Instituto de Sociología. Propuesta de instrumentos de evaluación de dependencia. Informe Final. Abril 2016. Disponible en [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Informe\\_Final\\_Instrumento\\_Evaluacion\\_Dependencia.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Informe_Final_Instrumento_Evaluacion_Dependencia.pdf) (Septiembre, 2020).
- Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa. Hacia los cuidados comunitarios de larga duración. Informe N° 7 de políticas sobre envejecimiento de La CEPE, julio 2010. Disponible en: [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/Spanish/ECE-WG.1-7.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/Spanish/ECE-WG.1-7.pdf) (Septiembre, 2020).

- Comisión Europea (2009). The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), European Economy, No. 2/2009, Directorate General Economic and Financial Affairs. Disponible en:  
- [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/pages/publication\\_summary14911\\_en.htm](https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication_summary14911_en.htm) (Septiembre, 2020).
- Comisión Europea (2011). 2012 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies” European Economy. Disponible en: [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2011/pdf/ee-2011-4\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/ee-2011-4_en.pdf) (Septiembre, 2020).
- Decreto Real. Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad («B.O.E.» 14 julio), sobre cuantías máximas de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, de asistencia personal y de la prestación vinculada al servicio. Revisión Versión Vigente desde el 2 de enero de 2016. Disponible en [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/rdl20-2012.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rdl20-2012.html) (Septiembre, 2020).
- Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III. Disponible en <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/> (Septiembre, 2020).
- Eldercare Locator. 2020. Disponible en: <https://eldercare.acl.gov/Public/Resources/Topic/Caregiver.aspx> (Septiembre, 2020).
- Eurostat (2011). Eurostat Population Projections 2010-based 'EUROPOP2010': Methodology and results of a long-term scenario of demographic convergence (forthcoming). (Septiembre, 2020) Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Population\\_projections](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Population_projections) (Septiembre, 2020).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Hacia un Sistema Nacional integrados de cuidados. Género y Familia., Uruguay. Serie Políticas Públicas, 2009. Disponible en [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/740\\_pdf.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/740_pdf.pdf) (Septiembre, 2020).
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Hacia un Sistema Nacional integrados de cuidados. Género y Familia., Uruguay. Serie Políticas Públicas, 2009. Disponible en [http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/740\\_pdf.pdf](http://www.unfpa.org.uy/userfiles/informacion/items/740_pdf.pdf) (Septiembre, 2020).
- Föräldradighetslag (1995:584). Disponible en: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldradighetslag-1995584\\_sfs-1995-584](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldradighetslag-1995584_sfs-1995-584) (Septiembre, 2020)
- Health and Medical Services Act 1982:763. Promulgated 30th June 1982. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden. The National Board of Health and Welfare (2010). Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010 Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Disponible en: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763) (Septiembre, 2020)

- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. España. Disponible en [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l39-2006.tp.html#tp](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l39-2006.tp.html#tp) (Septiembre, 2020).
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/l39-2006.t1.html#a7](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l39-2006.t1.html#a7) (Septiembre, 2020).
- Ley de Servicios Médicos y de Salud de Suecia. Disponible en: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763) (Septiembre, 2020).
- Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. International Journal of Integrated Care – Vol. 1, 1 September 2001.
- Ministerio de la Presidencia y para las administraciones territoriales, Gobierno de España. Resolución de 4 de noviembre de 2009, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no profesionales. Disponible en [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-18959](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-18959) (Septiembre, 2020).
- Montero, M. Apoyo a familiares cuidadores en Alemania. Madrid, febrero de 2018. Disponible en <http://ceoma.org/wp-content/uploads/2018/03/Montero.pdf> (Septiembre, 2020).
- Montero, M. Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. Gestión de casos. Madrid, junio 2013. Disponible en [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/ponencias/modalidades\\_atencion\\_domiciliaria\\_personas\\_situacion\\_dependencia\\_en\\_Alemania.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/ponencias/modalidades_atencion_domiciliaria_personas_situacion_dependencia_en_Alemania.pdf) (Septiembre, 2020).
- Montero, M. Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. Gestión de casos. Madrid, junio 2013. Disponible en [https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/ponencias/modalidades\\_atencion\\_domiciliaria\\_personas\\_situacion\\_dependencia\\_en\\_Alemania.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/ponencias/modalidades_atencion_domiciliaria_personas_situacion_dependencia_en_Alemania.pdf) (Septiembre, 2020).
- Naïto, K. El seguro de dependencia en el Japón: superación de la visión binaria entre el Estado y la familia. Platform AGE, Bélgica. Revista Internacional de Seguridad Social, vol. 62, 3/2009.
- OECD 2011. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm> (Septiembre, 2011).
- OCDE. España, cuidados de larga duración, mayo 2011. Disponible en <http://www.oecd.org/els/health-systems/47902750.pdf> (Septiembre, 2020).
- OCDE. España, cuidados de larga duración, mayo 2011. Disponible en <http://www.oecd.org/els/health-systems/47902750.pdf> (Septiembre, 2020).

- Older Americans Act of 1965. Disponible en <https://acl.gov/sites/default/files/about-acl/2020-04/Older%20Americans%20Act%20Of%201965%20as%20amended%20by%20Public%20Law%20116-131%20on%203-25-2020.pdf> (Septiembre, 2020).
- Pflegestärkungsgesetz III (PSG III). Disponible en: <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/pflege-details/erklaerung/pflegestaerkungsgesetz-iii-psg-iii/> (Septiembre, 2020).
- Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). Análisis prospectivo de un Seguro obligatorio de Dependencia para adultos Mayores. Informe final. Enero 2014. Disponible en <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/publicaciones/documentos-de-trabajo/2014-2016/011-dt-2014-01-analisis-prospectivo-seguro-obligatorio-dependencia.pdf> (Septiembre, 2020).
- Pugliese, L., Programas y servicios para el cuidado de las personas adultas mayores dependientes. Segunda Parte: Revisión de Programas y servicios de algunos países de América, Asia y Europa. Comentarios 2011. Disponible en [http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1477/1/programa\\_y\\_servicios\\_para\\_el\\_cuidado\\_de\\_las\\_personas\\_mayores\\_2\\_parte\\_.i.pugliese.pdf](http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1477/1/programa_y_servicios_para_el_cuidado_de_las_personas_mayores_2_parte_.i.pugliese.pdf) (Septiembre, 2020).
- Sánchez de dios, Manuel (1993). El modelo sueco de estado de bienestar. Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/862-2014-04-09-REP-147.pdf> (Septiembre, 2020).
- Socialstyrelsen: The National Board of Health and Welfare (2010). Vad kostar verksamheten I din kommun, Bokslut 2010?” (what is the cost of the business in your municipality 2010?). Disponible en: [https://assistanskoll.se/\\_up/Vad-kostar-verksamheten-i-din-kommun-SKL.pdf](https://assistanskoll.se/_up/Vad-kostar-verksamheten-i-din-kommun-SKL.pdf) (Septiembre, 2020).
- Socialstyrelsen (2012) Äldre – vård och omsorgen 1 april 2012. Disponible en: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2012-10-19.pdf> (Septiembre, 2020)
- Sveriges Riksdagen (1999) Ädelreformen Disponible en: [https://www.riksdagen.se/sv/webb-tv/video/motion/adelreformen\\_GM02So436](https://www.riksdagen.se/sv/webb-tv/video/motion/adelreformen_GM02So436) (Septiembre, 2020).
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (2009). Developments in elderly policy in Sweden Disponible en: <https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/developments-in-elderly-policy-in-sweden.html> (Septiembre, 2020)
- Trydegård, G (2000). Tradition, Change and Variation: Past and Present Trends in Public Old-age Care. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/277849300\\_Tradition\\_Change\\_and\\_Variation\\_Past\\_and\\_Present\\_Trends\\_in\\_Public\\_Old-age\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/277849300_Tradition_Change_and_Variation_Past_and_Present_Trends_in_Public_Old-age_Care) (Septiembre, 2020)
- Trydegård, G; Thorslund, M. (2010). “One Uniform Welfare State or a Multitude of Welfare Municipalities? The Evolution of Local Variation in Swedish Elder Care.” Social Policy & Administration 44(4): 495-511. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9515.2010.00725.x> (Septiembre, 2020)

- Universidad Nacional de Educación a Distancia, UNED. Educación de personas adultas y mayores. Edición digital noviembre de 2019. Disponible en <https://books.google.cl/books?id=SlA-DwAAQBAJ&pg=PT237&lpg=PT237&dq=diferencias+entre+decreto+real+39/2006+y+1050/2013+y+291/2015&source=bl&ots=Fw4pNj10fz&sig=ACfU3U367aBrEbpz2BE-IMwIq9734n4IJA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjntZe78-vrAhUYGbkGHdu8C-sQ6AEwBnoECAEQAQ#v=onepage&q=diferencias%20entre%20decreto%20real%2039%2F2006%20y%201050%2F2013%20y%20291%2F2015&f=true> (Septiembre 2020).
- Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Disponible en <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html> (Septiembre, 2020).

---

### Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)