

Regulación integral para la persona adulta mayor

Convención Interamericana, España y Japón.

Autoras

Irina Aguayo Ormeño
Email: laguayo@bcn.cl
Área de Economía

María Pilar Lampert Grassi
Email: mlampert@bcn.cl
Área Políticas Sociales

Paola Truffello García
Email: ptruffello@bcn.cl
Área de Análisis legal

Verónica de la Paz Mellado
Email: vdelapaz@bcn.cl
Área Políticas Sociales

Comisión

Elaborado para la Comisión de Adulto Mayor del Senado, en el marco del proyecto de ley, en primer trámite constitucional, para promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores, y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor, correspondiente al Boletín N° 13.822-07

N° SUP: 128654

Resumen

Las conceptualizaciones vigentes sobre el cuidado de las personas adultas mayores, dan cuenta de una comprensión del envejecimiento, enfocado en mantener sus capacidades, en todo el espectro entre la autonomía y la dependencia total, y como miembros plenos de su entorno. El envejecimiento activo es el objetivo de la mayoría de los sistemas; así como la priorización de la permanencia en el hogar mediante la oferta de una serie de servicios de atención, en donde la institucionalización es la última opción del sistema.

Se revisa, como marco conceptual, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 2015, ratificada por Chile en 2017. La citada Convención establece los deberes de los Estados Parte para garantizar el catálogo de derechos que ella contiene, así como las medidas de toma de conciencia destinadas a la sociedad en general.

Luego se revisan las legislaciones solicitadas por la Comisión Especial de Adulto Mayor, del Senado. A saber, España y Japón, y se pueden señalar los siguientes aspectos:

- Respecto de la garantía constitucional del cuidado, España, garantiza constitucionalmente la suficiencia económica a las personas mayores, mediante pensiones adecuadas, así como la promoción de su bienestar mediante un sistema de servicios sociales. La constitución de Japón no contiene disposiciones específicas de protección a los derechos de las personas mayores. Sin embargo, en su Capítulo III, referido a los derechos y responsabilidades de las personas, consagra el derecho de todas ellas a un nivel mínimo de vida sana y mandata al Estado la promoción del bienestar, la seguridad social y la salud pública.

-
- Respecto de los cuidados sociales, España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. En tanto en Japón, desde 1997, mediante la *Long-Term Care Insurance Act* se establece un seguro social obligatorio para todas las personas mayores de 40 años, que cubre el cuidado de las personas mayores con problemas de salud, alivia parcialmente la carga de los cuidadores y aborda las necesidades de la población que envejece.

En el contexto del envejecimiento de la población, las legislaciones extranjeras relevan que el abordaje del cuidado de las personas adultas mayores responde por una parte a la protección de carácter económico y el acceso de éstas a los servicios de salud, vivienda, alimentación y pensiones adecuadas, entre otras necesidades básicas y en cumplimiento a sus derechos como cualquier otro ciudadano. Complementariamente toman especial relevancia otras disposiciones de carácter social, particularmente aquellas que abordan el cuidado de personas con algún grado de dependencia, cuando surgen otros requerimientos en el ámbito de su salud emocional, bienestar, pertenencia familiar y participación en las actividades comunitarias.

Introducción

La Comisión Especial de Adulto Mayor del Senado, en el marco del estudio del proyecto de ley, en primer trámite constitucional, para promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores, y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor, correspondiente al Boletín N° 13.822-07, mediante Oficio N° 62-CEAM de 04 de noviembre de 2020, solicitó a la Biblioteca del Congreso Nacional la elaboración de un informe de legislación comparada en relación al citado proyecto de ley.

En este contexto, este informe da cuenta, en primer lugar, de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores y sus principales contenidos, instrumento internacional destinado especialmente a la promoción y protección de los derechos de las personas mayores, marco regulatorio aplicable en la realidad nacional.

A continuación, se revisa la regulación específica de España y Japón, países expresamente solicitados por la Comisión, que tienen como sujeto de protección a la persona adulta mayor, con normativas que abarcan un amplio espectro de derechos, institucionalidad y acciones tanto por parte del Estado como de la sociedad, que buscan la protección de la autonomía de la población adulta mayor, su desarrollo y

participación dentro de la comunidad y el acceso a salud y cuidados (en particular en caso que la persona adulta mayor se encuentre en situación de dependencia).

Las traducciones son propias.

I. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores¹

En el ámbito internacional sobre los Derechos Humanos la protección de las personas mayores ha sido reconocida en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CDPM o la Convención), aprobada por la Organización de los Estados Americanos el año 2015 y ratificada por Chile el año 2017.

La CDPM corresponde al único instrumento interamericano y primero a nivel internacional, destinado específicamente a promover, proteger y asegurar el reconocimiento, goce y ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores².

En esta materia, cabe considerar que el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988, conocido como el Protocolo de San Salvador, se refiere también a las personas de edad avanzada y establece obligaciones para el Estado respecto de ellas³. Sin embargo, si bien Chile suscribió este Protocolo el año 2001, aún no lo ha ratificado⁴.

La CDPM fue adoptada el 15 de junio de 2015 por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), misma fecha en que fue firmada por Chile junto a Argentina, Brasil, Costa Rica, y Uruguay. A Chile le correspondió un rol en la elaboración de este instrumento de derechos humanos, al liderar al Grupo de Trabajo que llevó adelante el proceso de diálogo, reflexión y redacción del documento⁵.

¹ Partes de este capítulo han sido obtenidos del Informe BCN (2019). Estatutos de derechos y garantías de los adultos mayores en el derecho internacional y comparado. Dicho documento además consulta las regulaciones de Portugal, Argentina, Brasil y Colombia en la materia.

² Muñoz-Pogossian, B. y otro. (2017:5).

³ El Protocolo de San Salvador en su artículo 17 contiene una disposición especial aplicable a las personas mayores, en los siguientes términos: "Protección de los Ancianos: Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular: a) proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas; b) ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos; c) estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos".

⁴ OEA (s/f). Ver también tramitación del Boletín N° 4087-10, en segundo trámite constitucional en el Senado.

⁵ Subsecretario de Relaciones Exteriores (2017).

La Convención fue ratificada por Chile el año 2017⁶ con algunas declaraciones interpretativas propuestas durante su tramitación legislativa⁷ ⁸. Las declaraciones interpretativas son declaraciones unilaterales de los Estados, hechas en el contexto de la negociación, adopción, ratificación o aplicación de un tratado internacional. Tienen por objeto precisar o aclarar su sentido o alcance o el de alguna de sus disposiciones. A diferencia de las reservas, las declaraciones interpretativas no buscan modificar o excluir los efectos jurídicos del tratado respectivo. Cabe tener presente que la distinción entre uno y otro tipo es difícil en la práctica, sobre todo porque, conforme a la Convención de Viena de 1969, el nombre que se utilice para designar la declaración es irrelevante para establecer si es una interpretativa o propiamente una reserva. Lo determinante es su contenido: la declaración “interpreta”, mientras que la reserva “modifica”⁹.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se estructura en los siguientes seis capítulos:

1. Objeto, ámbito de aplicación y definiciones de la Convención (Cap. I)

La Convención establece como su propósito el “promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad” (art. 1).

Se establece para los Estados Parte el deber de adoptar medidas legislativas o de otra naturaleza, necesarias para hacer efectivos los derechos y libertades que la Convención establece, en tanto no se encuentren ya garantizados por los respectivos Estados.

El artículo 2 de la Convención, establece definiciones, entre ellas, entiende por “persona mayor” a “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años”. Del mismo modo, se definen términos como: abandono,

⁶ El Decreto 162 del Ministerio de Relaciones Exteriores de 01.09.2017 promulgó la CDPM.

⁷ La facultad del Congreso de sugerir declaraciones interpretativas a un tratado internacional en su trámite de aprobación, se contempla en el artículo 54 N° 1 de la Constitución Política de la República.

⁸ La ratificación de la CDPM se depositó con las siguientes declaraciones:

“La República de Chile declara que el enfoque de curso de vida será entendido como el continuo de la vida de la persona, desde el inicio de su existencia hasta la última etapa de su vida, que, condicionada por diversos factores, como el familiar, social, económico, ambiental y/o cultural, configuran su situación vital, siendo el Estado el encargado de desarrollar este enfoque en sus políticas públicas, planes y programas, con especial énfasis en la vejez.

La República de Chile declara que la identidad de género a que alude la presente Convención será entendida en armonía con lo dispuesto en su legislación nacional.

La República de Chile declara que los Artículos 5 y 18, inciso segundo, ambos en relación con el Artículo 2 de la misma Convención, no impiden, de ninguna forma, la adopción de medidas legítimas, razonables y proporcionadas, como son las que, fundadas en las exigencias ya sea del funcionamiento de una institución, o en las propias de la naturaleza del cargo o función, establecen límites de edad para desempeñar ciertos cargos o funciones públicas, por lo que no podrán considerarse como constitutivas de un acto de discriminación.

La República de Chile declara, en relación con el Artículo 11 de la Convención, que el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud al que ella se refiere deberá ser prestado en conformidad a los requisitos tanto formales como sustantivos y a todas las demás disposiciones aplicables en la materia vigentes en el ordenamiento jurídico chileno”.

⁹ Naciones Unidas, 2011.

cuidados paliativos, discriminación, envejecimiento, maltrato, negligencia, servicios socio-sanitarios integrados, persona mayor que recibe cuidados a largo plazo, entre otros.

Entre los conceptos que desarrolla la Convención se encuentra el de “Envejecimiento activo y saludable”, de especial interés para el estudio del Boletín N°13.822-07, el que se entiende como: “Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población”.

2. Principios generales de la Convención (Cap. II)

La Convención recoge como sus principios generales los siguientes (art. 3):

- La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- La igualdad y no discriminación.
- La participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- El bienestar y cuidado.
- La seguridad física, económica y social.
- La autorrealización.
- La equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida.
- La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- El buen trato y la atención preferencial.
- El enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de la persona mayor.
- El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- La protección judicial efectiva.

La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

3. Deberes generales de los Estados Parte (Cap. III)

Los Estados Parte de la Convención se obligan a proteger los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, sin discriminación de ningún tipo. En lo específico, dentro de esta obligación, se considera:

- Adoptar medidas para prevenir, sancionar y erradicar prácticas contrarias a la Convención, tales como aislamiento, abandono, tratamientos médicos inadecuados y todas aquellas que

constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor.

- Adoptar medidas afirmativas y realizar ajustes razonables¹⁰ que sean necesarios para el ejercicio de los derechos establecidos en la Convención.
- Adoptar y fortalecer las medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, para garantizar un trato diferenciado y preferencial a la persona mayor.
- Adoptar medidas, cuando lo consideren en el marco de la cooperación internacional, hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales; sin perjuicio de las obligaciones que sean aplicables de inmediato en virtud del derecho internacional.
- Promover instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de la persona mayor y su desarrollo integral.
- Promover la participación de la sociedad civil y otros actores sociales, en particular de la persona mayor, en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigida a la implementación de la Convención.
- Promover la recopilación de información adecuada, como datos estadísticos y de investigación, para formular y aplicar políticas, que permitan dar efecto a la Convención.

4. Catálogo de derechos protegidos (Cap. IV)

La Convención establece un amplio catálogo de derechos a las personas mayores, entre ellos:

- Igualdad y no discriminación por edad en la vejez.
- Derecho a la vida y dignidad en la vejez. Derecho a la independencia y autonomía. Derecho a la participación comunitaria.
- Derecho a la seguridad y vida sin violencia.
- Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a la libertad personal y a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
- Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.
- Derecho a la nacionalidad y libertad de circulación.
- Derecho a la privacidad e intimidad.
- Derecho a la seguridad social, al trabajo y a la salud.
- Derecho a la educación, a la cultura, a la recreación, esparcimiento y deporte.
- Derecho a la propiedad y a la vivienda.
- Derecho a un medio ambiente sano.
- Derecho a la accesibilidad y movilidad personal.
- Derechos políticos. Derecho de reunión y asociación, igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Derechos relacionados con el acceso a la justicia.

¹⁰ Los ajustes razonables suponen un tratamiento diferenciado y la realización de acciones positivas necesarias para alcanzar la igualdad material o efectiva. Finsterbusch (2016).

Asimismo, destaca el reconocimiento de derechos específicos para la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo. Entre ellos se consideran:

- Derecho a un sistema integral de cuidados que provea protección de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria, agua, vestuario y vivienda.
- Derecho a permanecer en el propio hogar y mantener independencia y autonomía.
- Medidas de apoyo a las familias y cuidadores.

5. Medidas para la toma de conciencia (Cap. V)

La Convención considera medidas para la toma de conciencia, relacionados con divulgar y capacitar progresivamente a la sociedad en las materias de la Convención. Asimismo, fomentar una actitud positiva hacia la vejez y un trato digno y respetuoso hacia la persona mayor y reconocer la experiencia, sabiduría y contribución al desarrollo que proporciona la persona mayor a la sociedad.

6. Mecanismo de seguimiento de la Convención y medios de protección (Cap. VI)

Se establece como mecanismos de seguimiento a una Conferencia de Estados Parte integrada por los Estados Parte y a un Comité de Expertos, quienes a su vez están integrado por expertos designados por los Estados Parte. Las funciones de secretaría del mecanismo de seguimiento serán ejercidas por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.

Se dispone un sistema de peticiones individuales, para presentar ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos denuncias o quejas por la vulneración de la Convención.

II. Estatutos regulatorios de los derechos de las personas adultas mayores en España y Japón

De acuerdo a lo solicitado por la Comisión Especial de Adulto Mayor del Senado, a continuación, se desarrollan los marcos normativos existentes en España y Japón sobre la promoción y protección de los derechos de las personas mayores.

Si bien ambos países han desarrollado leyes e institucionalidad dirigidas a la protección de la autonomía de las personas adultas mayores y su protección cuando se encuentran en situación de dependencia, España la ha consagrado a nivel constitucional, mientras Japón tiene una protección general de bienestar y el derecho a la vida sana para toda la población.

Sin embargo, ambos países han desarrollado marcos legales nacionales para la protección de la autonomía y el cuidado de las personas adultas mayores en situación de dependencia, los que en el caso de España se consagran a nivel territorial en un modelo gestionado por las comunidades autónomas pero definido en conjunto con la administración general, con leyes e institucionalidad dirigidas a la protección de la población adulta mayor; mientras en Japón cada prefectura¹¹ y municipio

¹¹ Se conocen como prefecturas a las 47 jurisdicciones territoriales en las que está dividido Japón, dirigidas por un gobernador.

tiene la autonomía de adaptar los planes nacionales a la realidad particular de ese territorio, sumado a un manejo autónomo del fondo del seguro para el cuidado a largo plazo.

1. España¹²

a) Consagración constitucional y nacional

La Constitución Española de 1978, en el Título I, referido a los derechos y deberes fundamentales y los principios rectores de la política social y económica, considera específicamente a la Tercera Edad en su artículo 50:

Art. 50: Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Si bien los elementos fundamentales del modelo de Estado del bienestar en España del año 1978, se centraban en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, según la Ley 39/2006, el desarrollo social de dicho país ha otorgado un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados principalmente por las Comunidades Autónomas, siendo el Sistema de Atención de la Dependencia un instrumento fundamental para responder y atender las situaciones de dependencia, la promoción de la autonomía personal, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades (Ley 39/2006, Exposición de Motivos, párr.2).

b) Consagración de la protección de las personas adultas mayores en la legislación de las comunidades autónomas

En el marco constitucional y legislativo del Estado, algunas comunidades autónomas han regulado en forma especial la protección de las personas adultas mayores, como se muestra a continuación:

En la comunidad Valenciana, en cumplimiento al artículo 50 constitucional, se dicta la Ley 9/2004, de 7 de diciembre, que crea el Consejo Valenciano de Personas Mayores en el año 2004, con el objetivo de garantizar que “las personas mayores de la Comunidad Valenciana puedan tener una participación más activa, aportando sus inquietudes, experiencias enriquecedoras acumuladas en el transcurso del tiempo”, permitiendo “la elaboración de propuestas y promoción de estudios que redunden en beneficio del colectivo de personas mayores [...]”. Este consejo constituye un órgano consultivo y asesor de la Generalitat -conjunto de instituciones de autogobierno de la Comunidad Valenciana, para la “definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas al sector de población de personas mayores, entendiendo por tales a las personas mayores de 65 años y las de más de 60 años que hayan cesado en su actividad laboral o profesional” (art. 4).

Con un foco mayor en la atención y protección a las personas mayores, tanto Castilla y León como Andalucía cuentan con marcos jurídicos integrales: la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León y la Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las

¹² Partes de este capítulo han sido obtenido de los Informes BCN (2019), Estatutos de derechos y garantías de los adultos mayores en el derecho internacional y comparado y BCN (2020), Protección de la autonomía del adulto mayor. Experiencia comparada. Modelos de Estados Unidos y España.

Personas Mayores, de Andalucía. Ambas promueven la calidad de vida de las personas mayores y establecen el marco jurídico de actuación de los poderes públicos respectivos. Para ello, estos cuerpos legales pretenden garantizar la defensa de los derechos de las personas mayores; prestarles atención integral y continuada a través de programas, recursos y servicios especiales; promover su desarrollo personal y social a través del ocio y la cultura; fomentar su participación, colaboración activa y representación en todos los ámbitos que les afecten; potenciar su integración social, particularmente su permanencia en su entorno familiar y social; impulsar la solidaridad hacia las personas mayores; apoyar a la familia y personas que intervengan en su atención; prevenir las situaciones de maltrato y desasistencia; promover que lleven una vida autónoma; y adoptar medidas para la prevención de situaciones de abuso personal y patrimonial. En el mismo sentido, en Canarias, se crea por Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones, un sistema de participación social y de protección de los derechos de los mayores residentes en Canarias, a través del Consejo Canario de los Mayores, con objetivos similares al consejo valenciano (art. 1).

Cataluña, desde el 2001, cuenta con la Ley 11/2001, de 13 de julio, de Acogida Familiar para Personas Mayores especialmente dirigida a regular la permanencia de las personas mayores con sus familias como un servicio social, para cuyo bienestar pretende que estas se mantengan en un ambiente familiar y social. De este modo, como señala la ley en su preámbulo, se evitaría su “internamiento en instituciones geriátricas cuando éste no sea la solución adecuada ni la que ellas desean e impidiendo que queden desarraigadas del núcleo de convivencia y solas”.

En materia de vivienda, en el Principado de Asturias, mediante la Ley 7/1991, de 5 de abril de asistencia y protección al anciano regula los derechos y sistemas de protección de la población anciana asturiana, y en particular, las condiciones básicas a que deben someterse los establecimientos residenciales para ancianos.

c) Regulación y políticas para el cuidado de la persona adulta mayor

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia. Para ello crea un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas¹³.

En su exposición de motivos la citada Ley 39/2006, asume como uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados, la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal. Es decir, atender las necesidades de personas que “por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía”¹⁴.

Puntualmente, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre declara como su objetivo el siguiente:

Art.1: Regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en

¹³ Ley 39/2006... Exposición de Motivos, párr. 3.

¹⁴ Ley 39/2006... Exposición de Motivos, párr. 1.

situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

Esta Ley establece tres niveles de protección. Un nivel mínimo de protección garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Un segundo nivel de protección, mediante un régimen de cooperación y financiamiento entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Y finalmente, un tercer nivel de protección a los ciudadanos que puede ser desarrollado por las Comunidades Autónomas¹⁵.

i. Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

La Ley 39/2006 junto con establecer su objeto, principios, derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, crea un Sistema de Atención a la Dependencia y configura la colaboración de todas las Administraciones Públicas, la que se concreta en la creación de un Consejo Territorial del Sistema con un marco de cooperación a desarrollar mediante convenios con las Comunidades Autónomas.

La organización de este sistema, se basa en un Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Corresponde al órgano público encargado de la articulación de los servicios sociales de cada comunidad y el cumplimiento de las normas sobre la materia.

Este consejo está adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y es presidido por el titular de dicho Ministerio, y por los consejeros competentes en materia de servicios sociales y de dependencia de cada comunidad autónoma, recayendo la vicepresidencia en uno de ellos. Adicionalmente, y para materias específicas se podrán incorporar otros representantes, tanto de la administración general como de las comunidades, en calidad de especialistas. (Artículo 8.1 de la Ley de Dependencia).

El objetivo central de este Consejo es alcanzar la máxima coherencia en las políticas sobre el cuidado de la dependencia, tanto a nivel de la administración general como de cada comunidad, mediante mecanismos de deliberación e intercambio que permitan respuestas conjuntas y acordadas. Asimismo, contempla las prestaciones del Sistema y las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del mismo. Entre sus funciones se encuentra:

¹⁵ Ley 39/2006... Exposición de Motivos, párr. 3.

- Acordar el Marco de cooperación interadministrativa para el desarrollo de la Ley previsto en el artículo 10¹⁶.
- Establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos de acuerdo con los artículos 10.3¹⁷. y 15¹⁸.
- Acordar las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas previstas en el artículo 20 para su aprobación posterior por el Gobierno mediante Real Decreto y en la disposición adicional primera (la Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada ejercicio determinará la cuantía y la forma de abono a las CCAA).
- Adoptar los criterios de participación del beneficiario en el coste de los servicios.
- Acordar el baremo por el que se valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo las distintas actividades de la vida diaria (artículo 27), con los criterios básicos del procedimiento de valoración y de las características de los órganos de valoración.
- Acordar, en su caso, planes, proyectos y programas conjuntos.
- Adoptar criterios comunes de actuación y evaluación del Sistema.
- Facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes.
- Establecer los mecanismos de coordinación para el caso de las personas desplazadas en situación de dependencia.
- Informar la normativa estatal de desarrollo en materia de dependencia y en especial las normas previstas en el artículo 9.1 (determinar el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios, según el grado y nivel de su dependencia).
- Servir de cauce de cooperación, comunicación e información entre las Administraciones Públicas.

Adicionalmente el sistema dispone de órganos consultivos conformados por el Comité Consultivo, el Consejo Estatal de Personas Mayores, el Consejo Nacional de la Discapacidad y el Consejo Estatal de Organizaciones no gubernamentales de acción social, lo que tiene como imperativo general canalizar las opiniones y aportes de los distintos colectivos o territorios que representan en el marco de las definiciones de las materias propias del cuidado de la dependencia.

¹⁶ Artículo 10. Cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas.

1. En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán el marco de cooperación interadministrativa que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las Comunidades Autónomas.

2. A través de los Convenios a los que se refiere el apartado anterior, la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas acordarán los objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones recogidos en el Capítulo II del presente Título, incrementando el nivel mínimo de protección fijado por el Estado de acuerdo con el artículo 9.

3. En aplicación de lo previsto en el apartado anterior, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia establecerá los criterios para determinar la intensidad de protección de cada uno de los servicios previstos en el Catálogo, y la compatibilidad e incompatibilidad entre los mismos, para su aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto.

4. Los Convenios establecerán la financiación que corresponda a cada Administración para este nivel de prestación, en los términos establecidos en el artículo 32 y en la disposición transitoria primera de esta Ley, así como los términos y condiciones para su revisión. Igualmente, los Convenios recogerán las aportaciones del Estado derivadas de la garantía del nivel de protección definido en el artículo 9.

¹⁷ Ver nota anterior.

¹⁸ Referido a un catálogo de servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia.

La ley establece los criterios para valorar los grados de dependencia que ella considera, así como el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema.

Entre sus definiciones, la citada ley contempla los conceptos de autonomía, dependencia, necesidades de apoyo, entre otros, en los siguientes términos (art. 2):

- **Autonomía:** 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.
- **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.
- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.
- **Necesidades de apoyo para la autonomía personal:** las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

ii. Beneficiarios del sistema

Para ser titulares de los derechos que establece la Ley 39/2006, la persona debe encontrarse en una situación de dependencia, en alguno de los grados que establece la misma norma.

a) Grado I. 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 intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. 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 (art. 26).

Para determinar el grado se establece un baremo (tabla de valoración) que tiene entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud (art. 27).

El baremo debe valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental (art. 27).

iii. Servicios asociados al apoyo y cuidado de la persona adulta mayor

La Ley 39/2006 reconoce a las personas en situación de dependencia el derecho a acceder en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios que ella contempla. Asimismo, se reconoce que las personas en situación de dependencia deben disfrutar especialmente de los derechos que precisa la ley, entre ellos: el derecho a decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno; el derecho a decidir libremente sobre el ingreso en centros residenciales y el derecho al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales (art. 4).

Los servicios a los que se pueden acceder, una persona se establecen mediante el Real Decreto 1051 del año 2013, en que se regula las prestaciones del sistema de apoyo a la dependencia según el grado de afectación que presenta una persona, los que son resumidos en la Tabla N°1 a continuación:

Tabla N° 1: Servicios asociados a cada nivel de dependencia.

Nivel de dependencia	Servicios asociados
Servicios y prestaciones para los grados III y II	Servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la dependencia. • Promoción de la autonomía personal. • Teleasistencia. • Ayuda a domicilio. • Centro de Día. • Centro de Noche. • Atención residencial. Prestaciones económicas: <ul style="list-style-type: none"> • Prestación económica de asistencia personal. • Prestación económica vinculada, en consonancia con los servicios previstos (declarados en el punto anterior). Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores.
Servicios y prestaciones para el grado I:	Servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la dependencia. • Promoción de la autonomía personal. • Teleasistencia. • Ayuda a domicilio.

Nivel de dependencia	Servicios asociados
	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Día. • Centro de Noche. <p>Servicios a través de prestaciones económicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestación económica de asistencia personal. • Prestación económica vinculada, en consonancia con los servicios previstos (declarados en el punto anterior). <p>Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores</p>

Fuente: España. Real Decreto 1051/2013

La norma faculta para que cada comunidad establezca el régimen jurídico y las condiciones en que podrán actuar los centros privados, considerando de manera especial a aquellos que pertenezcan al tercer sector (ONG, fundaciones, etc.). Se hace hincapié en la importancia de la colaboración solidaria del resto de la sociedad, así como de organizaciones de voluntarios y del señalado tercer sector.

Como señala Marban Gallego (2018; 9) las prestaciones pueden ser en servicios o económicas y tienen por finalidad la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados. De manera extraordinaria para financiar cuidados en el entorno familiar o por cuidadores no profesionales lo que deberá ser autorizado por Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (entidad encargada de la administración del sistema).

Estas prestaciones, económicas o de servicios, serán establecidas en un plan individual y serán personales, periódicas, en función del grado de dependencia y las condiciones económicas del beneficiario, según establezca un convenio entre la Administración General y cada comunidad. El proveedor del servicio profesional será designado por la administración, de entre los proveedores acreditados, y puede ser en centros regionales, municipales o del sector privado.

Los criterios de acreditación son comunes para todo el país, fijan la cualificación del personal, la dotación, los recursos materiales y el equipamiento que deben disponer para entregar una atención de calidad.

Las prestaciones económicas son concedidas cuando no es posible ofrecer el servicio, y en tales casos el beneficiario debe destinar los recursos para financiar un prestador profesional; excepcionalmente y en caso de ausencia de prestadores profesionales podrá destinarse a un prestador no profesional del su entorno familiar.

iv. Financiamiento del sistema de cuidados

En términos financieros, el sistema se sostiene con impuestos generales y copagos de los beneficiarios según el tipo y costo de los servicios y su propia capacidad económica. La administración garantiza y financia una cobertura mínima para todos los ciudadanos, independiente del territorio en que resida, y cada comunidad autónoma aporta anualmente al menos la misma cantidad en que lo hace la administración general del Estado.

La gestión del sistema se basa en el cumplimiento de las prestaciones mínimas y en conjunto, la administración del Estado y las Comunidades Autónomas acuerdan la coordinación del sistema, la intensidad de los servicios, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de copago y el baremo.

Cada comunidad autónoma actúa como unidad operativa del sistema, realizando acciones como planificar la oferta, valorar las condiciones de dependencias de las personas, gestionar las prestaciones y acuerdan la prestación de los servicios, tanto en el sector público, privado y de organizaciones sin fines de lucro¹⁹.

2. Japón

a) Consagración constitucional y nacional

La Constitución de Japón de 1946, no contiene disposiciones específicas de protección a los derechos de las personas mayores. Sin embargo, en su Capítulo III, referido a los derechos y responsabilidades de las personas, consagra el derecho de todas las personas a un nivel mínimo de vida sana y mandata al Estado la promoción del bienestar, la seguridad social y la salud pública:

Art. 25: Todas las personas tendrán derecho a mantener los niveles mínimos de vida sana y culta. En todas las esferas de la vida, el Estado utilizará sus esfuerzos para la promoción y extensión del bienestar y la seguridad social y de la salud pública.

Según Villaseñor (2019:405), el citado artículo 25 de la Constitución japonesa dictado en un contexto de posguerra, que además precedió en casi dos décadas al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es probablemente el más distintivo dentro de los derechos sociales, tanto por su progresividad como vanguardismo. Sin embargo, conforme al autor, Japón no habría desarrollado de manera significativa este derecho “a un nivel mínimo de vida”, ni doctrinaria ni jurisprudencialmente, sino posteriormente cuando este derecho habría logrado su aplicación y obtenido real importancia en la estructuración de un sistema de seguridad social y el desarrollo de programas asistenciales, diseñados y aplicados por los ministerios de Estado (Villaseñor, 2019).

b) Regulación y articulación de las políticas para cuidado de la persona adulta mayor

Desde el establecimiento del plan de seguro médico universal en 1961, los japoneses han contado con un sistema de seguro, en virtud del cual los miembros asegurados tienen libertad para elegir al médico y las instalaciones donde se llevará a cabo la atención médica, así como también una amplia gama de servicios médicos con un copago relativamente bajo; ya que si bien el sistema de salud de Japón se

¹⁹ El sistema español de atención a la dependencia 2018. Marban Gallego, Vicente. Fundación Foessa. Universidad de Alcalá. Disponible en <http://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/sites/16/2019/06/paper-4.9.pdf>

clasifica como un sistema de seguro, recibe una cantidad considerable de subsidio fiscal, es regulado por el gobierno central y articulado a nivel municipal (Matsuda, 2019).

En la actualidad el sistema de seguro esta segmentado de acuerdo al lugar de trabajo, donde se reside y la edad que se tiene. De este modo, el sistema de salud está dividido para ofrecer cobertura en dos grupos básicos: Seguro para Empleados y sus Dependientes (*Employee's Medical Insurance, EMI*) y el Seguro Nacional de Salud para los trabajadores independientes, granjeros, jubilados y sus dependientes (*National Health Insurance, NHI*). Todos los ciudadanos japoneses, residentes permanentes y cualquier no japonés que resida en Japón con una visa de tres meses o más, deben estar inscritos en el Seguro Nacional de Salud o en el Seguro de Salud de los Empleados, según sea el caso (Matsuda y Yamamoto, 2001)

Si bien existen cientos de sociedades aseguradoras independientes, todas están integradas dentro de un sistema regulado por el gobierno central. Por otra parte, las instituciones médicas están bajo un estricto sistema de unificación nacional de precios. Esta lista de control de precios, es constituida por más de 3000 procedimientos médicos y es revisada cada dos años por las autoridades para actualizarla. Los precios de los fármacos, también se encuentran bajo un estricto control gubernamental. Esta lista está constituida por más de 13.000 drogas organizadas por su marca. La lista es actualizada cada dos años de acuerdo con los avances en la investigación en el mercado (Matsuda y Yamamoto, 2001).

A estos dos pilares del sistema de seguros, el *NHI* y el *EMI*, se une el Fondo mancomunado para seguro médico de personas adultas mayores.

Este tercer pilar surge a partir de la aprobación en 1963 del *Act on Social Welfare for the Elderly*, con el cual se comienzan a desarrollar las políticas de cuidado hacia la persona adulta mayor dependiente (JHPN, 2020). La mencionada ley tuvo como objetivo mantener la salud física y mental de las personas adultas mayores y estabilizar sus medios de vida, fue referente durante la década de los 60, de varios servicios de bienestar para dicha población, incluidos hogares de cuidados intensivos y servicios de ayuda a domicilio. A este cúmulo de servicios y programas, se sumó el año 1973 la atención médica gratuita para quienes tenían 70 años o más. Sin embargo, aseguran Matsuda y Yamamoto, para el comienzo de la década de los 80, se produjo un fenómeno de sobre internación de las personas adultas mayores, expandiendo el gasto en atención médica para ellas y aumentando también la carga financiera para el gobierno, por lo que en 1982 el *Health Care for the Aged Law* genera el Fondo mancomunado para seguro médico de adultos mayores, el que tiene como base central la solidaridad entre los sistemas de seguro en salud. De este modo, los costos en salud y cuidados de las personas adultas mayores que mientras trabajaron pertenecieron al EMI, pero que una vez jubilados pasan al NHI, se comienzan a repartir entre el EMI y el NHI, para estabilizar las bases económicas del sistema de salud nacional (NHI). En este sistema, cada municipalidad recibe los recursos para constituir este fondo un 70% del EMI, un 20% del gobierno nacional, un 5% de cada provincia y el resto lo aporta la municipalidad. (Matsuda y Yamamoto, 2001).

Dado que la población adulta mayor continuó creciendo en Japón y con ello el gasto asociado en salud y cuidados; en 1997 se aprobó en el Long-Term Care Insurance Act seguro social obligatorio para todas las personas mayores de 40 años, que cubre el cuidado de las personas mayores con problemas de

salud, alivia parcialmente la carga de los cuidadores y aborda las necesidades de la población que envejece (JHPN, 2020). Fundado sobre la base de que las familias son cada vez más pequeñas, el aumento de las mujeres en el mercado del trabajo y la alta carga financiera y psicológica de las familias que tienen que cuidar de una persona adulta mayor, en el año 2000 se estructuró un sistema de cuidado a largo plazo, que aspira a que el cuidado de este segmento de la población, sea compartido por todos los miembros de la sociedad (NIPSSR²⁰, 2014).

Matsuda (2019) sostiene que a pesar de los cambios hechos al sistema, se ha hecho evidente que el arreglo financiero inicial no fue suficiente para cubrir el costo de la atención a largo plazo. Entre el año 2006 y 2012 se han llevado a cabo una serie de modificaciones que buscan contener los costos de los servicios, así se enmienda el *National Health Insurance Law*, transfiriendo la administración financiera de los programas del NHI del nivel municipal, al nivel de la prefectura para fortalecer su base financiera (JHPN, 2020) Estas modificaciones han dejado a los primeros administrando el sistema de cuidados y salud primaria, mientras que, a los segundos a cargo de aplicar los programas nacionales en el territorio, así como también vigilar y controlar los gastos de salud relacionados. De esta manera se introdujo el sistema de atención médica en etapa avanzada para personas mayores, donde se requiere que cada prefectura establezca un Plan para la Optimización de los Gastos en Salud y un Plan de Salud Regional (RHP).

Se suma a lo anterior, la introducción de un sistema de atención integral comunitario a nivel nacional, el que se estructura considerando los recursos de cuidado y salud de la comunidad a través de la coordinación, no solo de las secciones de pacientes ambulatorios y hospitalizados, sino también de las instalaciones de bienestar, los servicios de atención domiciliaria e incluso las actividades de apoyo mutuo entre los barrios (Hata et al, 2017). El propósito de este sistema es atender a las personas mayores con enfermedades crónicas o discapacidades de manera integral e integrada, promoviendo en la medida de lo posible, el que puedan vivir de forma independiente y con tranquilidad en su entorno familiar dentro de su comunidad, cambiando el enfoque de la atención médica centrada en las instalaciones hospitalarias a uno compuesto por la comunidad (Nagasawa, 2015) a la vez que se contienen los costos de la seguridad social (Hatano et al, 2017).

Así, en el centro del sistema de atención integrada, se encuentra la atención domiciliaria y comunitaria, donde se alienta a las familias, los compañeros residentes y a voluntarios a brindar atención a los parientes adultos mayores con discapacidades leves. Del mismo modo, las personas con enfermedades graves o discapacidades más severas, reciben atención en el hogar de profesionales médicos y de los servicios de bienestar, mientras utilizan únicamente las instalaciones médicas y de bienestar. (Nagasawa, 2015). Para el año 2025, este sistema garantizará de manera integral para todos los mayores de 75 años, prestación de atención médica, atención de enfermería, prevención, vivienda y apoyo a los medios de vida (Ministry of Health, 2016).

Se suma a este marco legal y política pública de protección al adulto mayor, el *Act on the Prevention of Elder Abuse, Support for Caregivers of Elderly Persons and Other Related Matters*, el que establece

²⁰ National Institute of Population and Social Security Research

cinco tipos diferentes de actos abusivos y negligentes²¹ de los que pueden ser objeto las personas adultas mayores que se encuentran usando las políticas de cuidado, ya sea por cuidadores en entornos domésticos, personal de servicios de cuidado y bienestar comunitario, personal de servicios de atención y apoyo y personal en instituciones de cuidado médico o social de corto y largo plazo²².

c) Sistema integral para el cuidado de la persona adulta mayor

El sistema de seguros, sumado a las políticas y planes diseñados para dar atención y cuidados a las personas adultas mayores para la dependencia, da origen a un sistema de aseguramiento de cuidados a largo plazo (*Long-Term Care Insurance System of Japan*) el que se sustenta en cuatro principios básicos: apoyo a la independencia, sistema orientado al usuario, seguridad social y una planificación territorial de los servicios (Matsuda, 2019).

En este marco, el sistema no pretende simplemente brindar atención personal a las personas mayores que necesitan cuidados a largo plazo, sino que enfatiza el apoyo a la independencia de los mismos. Por otra parte, los usuarios del servicio pueden recibir servicios integrales de salud, médicos y de bienestar de diversos agentes según sus propias elecciones dentro de un marco comunitario (NIPSSR, 2014).

En este sistema, la municipalidad cumple un rol fundamental, ya que no sólo se hace cargo de la administración de los recursos económicos de los fondos para prestaciones en salud y servicios de cuidado, sino que ofrece un servicio integrado de cuidado para cada beneficiario, en armonía con los valores de la comunidad. 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 sobre todo, de la coordinación entre los distintos tipos de proveedores, a modo de ofrecer un servicio de la más alta calidad (Naito, 2009). Así, la Municipalidad se constituye en la piedra angular de este modelo, a través de un trabajo colaborativo con el gobierno nacional, las prefecturas, las aseguradoras de atención médica y las aseguradoras de pensiones, mediante los siguientes roles: (1) cobrar las primas de seguros, (2) administrar el fondo, (3) evaluar las necesidades de atención, y (4) pagar una remuneración a los proveedores de servicios a través de una organización de seguro médico de la prefectura (NIPSSR, 2014)²³.

i. Centros de cuidado integral con base comunitaria

Para la integración de la atención médica y el cuidado de largo plazo de las personas adultas mayores, se establecieron los centros comunitarios de cuidado integral en cada distrito, con una cobertura de 20.000 habitantes (Hatano et al, 2017).

²¹ Se consideran actos abusivos y negligentes bajo esta ley: (1) Agredir a una persona mayor que cause o pueda causar daño externo a su cuerpo;(2) Incumplimiento sustancial de las obligaciones profesionales de cuidar a una persona mayor, lo que incluye privar gravemente de comida a la persona mayor o dejarla desatendida durante un largo período de tiempo de una manera que probablemente causaría que su condición de salud se deteriora; (3) Dirigirle a una persona mayor cualquier palabra o hecho que probablemente sería significativamente traumático para él/ella, incluido un lenguaje significativamente abusivo o una actitud significativamente negativa hacia él/ella; (4) Cometer un acto indecente contra una persona mayor, o hacer que una persona mayor participe en tal acto; y (5) Disponer injustamente de la propiedad de una persona mayor o adquirir de otra manera un beneficio de propiedad de dicha persona mayor de manera injusta.

²² Tal y como son descritos en el artículo 5-3 del *Act on Social Welfare for the Elderly* y en el Artículo 8, párrafo (20) del *Long-Term Care Insurance Act*.

²³ En aras de la estabilidad fiscal y la eficiencia administrativa, algunos municipios más pequeños organizan una asociación ampliada como asegurador regional.

Se espera que estos centros contribuyan a establecer sistemas de atención integrados en sus comunidades, para lo cual cuentan con equipos multidisciplinarios formados por enfermeras de salud pública, trabajadores sociales y “care managers” (“gestores del cuidado”). Entre sus funciones se encuentran:

- La implementación de los servicios de atención preventiva.
- Asesoramiento a las personas mayores que necesitan atención, mediante el uso de redes de recursos de salud comunitarios.
- Apoyo continuo e integral para la gestión de la atención que incluye la supervisión de los “care managers” o “gestores del cuidado”, que son responsables de planificar los servicios de atención proporcionados bajo el seguro de atención a largo plazo (Hatano et al, 2017).

Este último punto es central dentro de este modelo de atención, flexible y centrado en las personas, por lo que a cada caso le es asignado a un “*care manager*”, quien tiene la responsabilidad de planificar todos los servicios de cuidado que una persona pudiera necesitar en el tiempo. De este modo, el gestor del cuidado es el encargado de estructurar un plan de cuidado acorde a las necesidades y/o deseos de la persona adulta mayor, a la vez de supervisar que se mantenga en el tiempo adecuadamente, así como también evaluar la calidad del servicio otorgado (plan que puede ser modificado de acuerdo a los resultados de esta evaluación) (Matsuda y Yamamoto, 2001)²⁴.

Esta planificación se lleva a cabo sobre la base de una clasificación de los usuarios en siete categorías (“Nivel de apoyo 1 y 2” y “Nivel de cuidado 1 a 5”), según la gravedad del caso y la necesidad de atención, de la que dependerá el tipo y límite de servicios a los que tendrá acceso esa persona. Es la municipalidad la encargada de evaluar a la persona antes de solicitar cualquier servicio, así cuando una persona enfrenta una condición que requiere apoyo o atención, la persona o un miembro de la familia debe presentar primero una solicitud para una certificación de requisito de atención a largo plazo a la oficina municipal. Al recibir esta solicitud, un investigador municipal visita el hogar del solicitante para una entrevista sobre el estado físico/mental y aspectos de la vida diaria. Los resultados de la entrevista se analizan en base a un sistema informático que permite generar una evaluación preliminar. Esta carta de evaluación preliminar y la opinión del médico de atención primaria, es revisada por el *Comité de Certificación de Necesidades de Atención a Largo Plazo*, compuesto por expertos en salud, médicos y encargados de bienestar. Este Comité realiza una evaluación secundaria y decide el nivel de atención/apoyo requerido, información que es notificada por el municipio al solicitante (NIPSSR, 2014).

ii. Beneficiarios del sistema de seguro para el cuidado

Los asegurados primarios son los que tienen 65 años o más (Categoría I) y los asegurados secundarios son los de 40 a 64 años (Categoría II). Mientras en el caso de los primeros no hay necesidad de demostrar una causa particular que genere dependencia, los segundos deben demostrar que tienen una de las 15 discapacidades no asociadas a la edad, entre la que se encuentra la demencia precoz,

²⁴ La introducción del “gestor 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.

Alzheimer, derrame cerebral, esclerosis lateral amiotrófica, Parkinson, retinopatía diabética, osteoartritis, estenosis de la medula espinal, entre otras (Naito, 2009).

Para el año 2016, alrededor de 32,02 millones de personas estaban suscritas como categoría I y alrededor de 42,47 millones de personas como Categoría II (Ministry of Health, 2016). La prima se recauda a través del municipio y se deduce de las pensiones en el caso de las personas en categoría I, mientras que para el caso de la categoría II, el pago se hace mediante el seguro médico y una prima adicional que se paga del seguro de cuidado (NIPSSR, 2014).

iii. Establecimiento de un sistema integrado de atención comunitaria

La atención comunitaria integrada “se define como un sistema basado en la comunidad que puede proporcionar de manera adecuada diversos servicios de apoyo, incluidos atención médica, atención de cuidado a largo plazo, prevención, apoyo en vivienda, así como también apoyo a los medios de subsistencia dentro de las esferas de la vida diaria para garantizar la seguridad y la salud de las personas” (NIPSSR, 2014).

De este modo se busca mejorar el bienestar de la comunidad, empoderando a los residentes a que participen en su comunidad, buscando soluciones en conjunto con organizaciones e instituciones encargadas de estos temas de cuidado, salud y bienestar. De esta forma participativa, se busca desarrollar planes que den respuesta a las necesidades de esa comunidad en particular de la forma más eficiente posible. Todo esto en distritos comunitarios que están planificados para que dentro del área de la comunidad todo se encuentre a mano, a distancias de 30 minutos para cualquier persona. Estos distritos comunitarios son asimilables a los distritos de las escuelas secundarias (Ministry of Health, 2017).

Finalmente, a la base de este sistema integrado de atención comunitaria, se consideraron originalmente cinco principios básicos: (1) mejorar la colaboración con las instalaciones médicas, (2) mejorar y aumentar la capacidad y flexibilidad de los servicios de atención a largo plazo, (3) promover la prevención, (4) asegurar servicios de promoción y apoyo a los medios de vida, como el servicio de provisión de comidas o la asistencia para las tareas del hogar, y (5) la construcción y mejora de viviendas adaptadas a las personas mayores (NIPSSR, 2014). Posteriormente, en una reforma hecha el año 2014 se incluyen: (6) mejorar la coordinación entre la atención médica domiciliaria y cuidado a largo plazo en el hogar, (7) promover medidas contra la demencia, (8) mejorar las reuniones de cuidado comunitaria, y (9) apoyar los medios de vida, para que las personas mayores puedan continuar una vida activa y saludable (clubes para personas mayores, asociaciones de residentes, grupos de voluntarios, organizaciones sin fines de lucro, etc.) (Ministry of Health 2016).

iv. Servicios asociados al apoyo y cuidado de la persona adulta mayor

Los servicios prestados por el *Long-Term Care Insurance System* se dividen principalmente en dos categorías, servicios preventivos y servicios de cuidado. Los servicios preventivos se brindan para aquellos certificados como Nivel de apoyo 1 o 2, mientras que los servicios de cuidado son para aquellos certificados como Nivel de atención 1-5 (NIPSSR, 2014). Aunque no se diferencien significativamente entre ellos en cuanto al servicio otorgado, pero sí respecto de que quienes dispensan los servicios

preventivos prestan más atención a mantener la autonomía de los beneficiarios en su vida cotidiana (Naito, 2009). Entre los servicios preventivos y de cuidado se encuentran:

Tabla N° 2: Servicios asociados a cada nivel de dependencia

Nivel de dependencia	Servicios asociados
Nivel de apoyo 1 o 2	<ul style="list-style-type: none"> • Las visitas domiciliarias para cuidados de enfermería, servicio de baño, atención en rehabilitación o para entregar orientación para la gestión del manejo de cuidado en casa. • Cuidado preventivo en una institución de cuidado de corto plazo. • Atención hospitalaria de corto plazo. • Atención de enfermería para otorgar cuidado de la vida diaria en determinadas instituciones y atención a personas con demencia en su comunidad (evitando el desarraigo). • Montos de dinero para modificaciones en el hogar.
Nivel de atención 1-5	<p>Servicios a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las visitas domiciliarias para cuidado y apoyo al cuidador, servicio de baño, atención en rehabilitación o para entregar orientación para la gestión del manejo de cuidado en casa. • Servicio de viaje hacia y desde el centro de cuidado diurno o para el centro de rehabilitación. • Estadía en centros de cuidado de corto plazo. • Atención hospitalaria de corto plazo. • Venta y préstamo de instrumentos de apoyo para el bienestar. • Montos de dinero para modificaciones en el hogar. <p>Atención con base comunitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención domiciliaria nocturna. • Atención de traslado para adultos mayores con demencia. • Cuidado en hogares multifuncional de tamaño pequeño (para número reducido de adultos mayores). • Cuidado de la vida diaria en la vida comunitaria para adultos mayores con demencia. • Visitas para cuidados de la vida diaria para adultos mayores ancianos en instalación específica con base en la comunidad. • Atención de la vida diaria para adultos mayores en cuidado residencial de largo plazo. <p>Servicios en instituciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado residencial para personas mayores que requieran cuidado a largo plazo y que por la evolución de su situación médica, ya no pueda permanecer en su casa. • Servicios de rehabilitación intrahospitalaria. • Atención hospitalaria para los adultos mayores que requieren cuidado a largo plazo.

Fuente: Health and Welfare Services for the Elderly

v. Financiamiento del Seguro

El costo incurrido en el Seguro de Cuidados a Largo Plazo se financia con copago de los usuarios, primas y gasto público (NIPSSR, 2014, donde estos dos últimos aportan al fondo en porcentajes equivalentes del 50% cada uno, tal como se observa a continuación:

Tabla N° 3. Aportes al Seguro de Cuidado de Largo Plazo

	Servicios a domicilio			Servicios en instalaciones		
Impuestos (50%)	25% por tesorería nacional	12,5 % por prefecturas	12,5% por municipios	20% por tesorería nacional	17,5% por prefectura	12,5% por municipios
Primas de seguros (50%)	Categoría I (22%)					
	Categoría II (28%)					

Fuente: Long-Term Care Insurance System of Japan.

Como un apoyo fiscal a los municipios se creó el Fondo de Estabilidad Fiscal (financiada por el tesoro nacional, la prefectura y el municipio) “para otorgar un préstamo o subvención temporal cuando se produzca un déficit presupuestario del seguro debido a un aumento del servicio más de lo esperado y primas impagas” (NIPSSR, 2014).

Dentro de este marco, el municipio puede determinar la tasa de la prima para los asegurados de la Categoría I y, por lo tanto, difiere de un municipio a otro. La prima de la Categoría I se cobra con base en los ingresos totales del asegurado y se revisa una vez cada tres años. Para el año 2014 el monto promedio fue de 4.972 yenes al mes, mientras para los asegurados de Categoría II, la tasa era del 1,55% del salario, más la bonificación anual en el caso de la Asociación Japonesa de Seguros de Salud. Se han establecido medidas para moderar la carga para las personas de bajos ingresos (NIPSSR, 2014).

Para el año 2017, se aprobó Introducir un sistema de pago basado en los ingresos (carga proporcional a los ingresos) entre los seguros de los empleados, en términos de impuestos por cuidados a largo plazo (primas de personas de 40 a 64 años) que cobran las aseguradoras médicas. Este impuesto al cuidado a largo plazo está vigente desde abril del 2018. Con este dinero se financia el *Social Insurance Medical Fee Payment Fund*. (NIPSSR, 2014).

vi. Pago por los servicios

A partir de la creación del seguro de cuidado a largo plazo, las personas pueden elegir el servicio requerido entre varios proveedores, entre las que se encuentran instituciones públicas, compañías privadas, y organizaciones sin fines de lucro (Ministry of Health, 2016).

Cuando los proveedores de atención a largo plazo brindan servicios de atención preventiva o de atención a largo plazo a los beneficiarios, reciben una remuneración por los servicios basada en la lista de precios oficial del costo, que define el Ministro de Salud, Trabajo y Bienestar de acuerdo con una recomendación del Consejo de Seguridad Social. La lista de precios consta de servicios de atención a largo plazo/preventivos en el hogar y servicios de instalaciones, y se revisa cada tres años (NIPSSR, 2014).

Originalmente, el 90% del precio que se pagaba a un proveedor de servicios era a través del seguro manejado por las municipalidades y el 10%²⁵ lo pagaban los beneficiarios como copago. Sin embargo, esta proporción cambió, dependiendo del ingreso de las personas; así para las personas de más de 2,8 millones de yenes de ingresos al año por concepto de pensión u otras fuentes, el copago es de un 20% (modificación hecha *Long-term Care Insurance Act* en el año 2015) (Ministry of Health, 2016), mientras quienes perciben más de 3,4 millones de yenes al año el copago es de un 30% (modificación hecha *Long-term Care Insurance Act* en el año 2017). En todo caso, el copago no puede ser mayor a 44,400 yen por mes (Ministry of Health, 2017).

Los límites en el beneficio otorgado por el seguro manejado por la municipalidad -en el año 2014- fluctuaban entre 50.000 yenes a 358.000 yenes mensuales, dependiendo del nivel de cuidado necesario. La tabla N° 5, a continuación, da cuenta de estándares asociados a tipos de apoyo y nivel de cuidado en unidades al mes, ya que cada municipalidad puede asignarle un valor que va de entre 10 a 10,72 yenes por cada unidad, dependiendo de los servicios que esta entregue.

Tabla N° 4. Unidades de monto máximo estándar para entrega de beneficios

Nivel de apoyo y cuidado necesitado	Monto máximo ⁽¹⁾ estándar para entrega de beneficios
Requiere apoyo Nivel 1	4.972 unidades al mes
Requiere apoyo Nivel 2	10,400 unidades al mes
Requiere cuidado largo plazo 1	16,580 unidades al mes
Requiere cuidado largo plazo 2	19,480 unidades al mes
Requiere cuidado largo plazo 3	26,750 unidades al mes
Requiere cuidado largo plazo 4	30,600 unidades al mes
Requiere cuidado largo plazo 5	35,830 unidades al mes

Nota: (1) Cada unidad tiene un valor de entre 10 a 10,72 yenes dependiendo de la municipalidad y los servicios que entregue.

Fuente: Health and Welfare Services for the Elderly.

²⁵ Menos de 2,8 millones de yenes de ingreso por concepto de pensión u otras fuentes

Referencias

- Asociación Europea para el bienestar y la dignidad de las personas mayores (2014) Marco de calidad para los servicios de atención de largo plazo. Disponible en <http://bcn.cl/2mwg2> (Diciembre 2020)
- Finsterbusch, Christian (2016). La extensión de los ajustes razonables en el derecho de las personas en situación de discapacidad de acuerdo al enfoque social de derechos humanos. Revista *Ius et Praxis*, Año 22, N° 2, 2016, pp. 227 – 252. (Diciembre 2020)
- Hata, *et all.* 2017. The Vanguard of Community-based Integrated Care in Japan: The Effect of a Rural Town on National Policy *International Journal of Integrated Care*, 17(2): 2, pp. 1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2451> Diciembre 2020)
- Japan Health Policy Now. (2020) Historical Overview, Disponible en: <http://bcn.cl/2mwg3> (Diciembre 2020)
- Japan Health Policy Now (2020) Overview of Major Legislation. Disponible en: <http://japanhpn.org/en/legislation/> (Diciembre, 2020)
- Japan Health Policy Now (2020) Long-term Care Insurance. Disponible en: <http://japanhpn.org/en/longtermcare/> (Diciembre, 2020)
- Lampert, María Pilar (2012) Seguro de dependencia en Japón: Política integrada del cuidado del adulto Mayor. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://bcn.cl/2mwg4> (Diciembre 2020)
- Matsuda, Shinya (2019) Health Policy in Japan – Current Situation and Future Challenges. Disponible en: <https://www.jmaj.jp/detail.php?id=10.31662%2Fmaj.2018-0016> (Diciembre 2020)
- Matsuda, Shinya y Mieko Yamamoto (2001) Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *International Journal of Integrated Care*. Disponible en: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.39/> (Diciembre 2020)
- Ministry of Health (2017) Outline of the revision of the Long-Term Care Insurance System, etc. to strengthen the Community-based Integrated Care System in 2017-18. Disponible en: https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lrcis_2017_e.pdf (Diciembre, 2020)
- Ministry of Health (2016) Long-Term Care Insurance System of Japan. (2016) Health and Welfare Bureau for the Elderly Ministry of Health, Labour and Welfare. Disponible en: https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lrcisj_e.pdf (Diciembre 2020)
- Ministry of Health (2014) Health and Welfare Services for the Elderly. Disponible en: https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw2/part2/p3_0018.pdf (Diciembre, 2020)

- Muñoz-Pogossian, B. y otro (2017). La protección de los derechos humanos de los adultos mayores. En Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores N° 15, p. 05. Disponible en: <http://bcn.cl/2awds> (Diciembre, 2020).
- Naciones Unidas (2011). Informe de la Comisión de Derecho Internacional. 63° período de sesiones (26 de abril a 3 de junio y 4 de julio a 12 de agosto de 2011). A/66/10/Add.1. pp: 64-75. (Diciembre 2020)
- National Institute of Population and Social Security Research (2014) Social Security in Japan. Disponible en: <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/005.html> (Diciembre, 2020)
- Nagasawa, Shigeru. (2015) Long-term Care Insurance Act and Home Care. JMAJ 58(1·2): 23-26, 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597932/> (Diciembre, 2020)
- Naïto, K. (2009) 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. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1752-1734.2009.01337.x> (Diciembre, 2020)
- OEA (s/f). Estado de firmas y ratificaciones. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/Basicos/Spanish/Basicos4a.htm> (Diciembre, 2020).
- Página web de la Generalidad de Cataluña, España. Disponible en <http://bcn.cl/2mwq5> (Diciembre 2020)
- Plan de Acción y envejecimiento de Madrid 2002. Disponible en <http://bcn.cl/1znb9> (Diciembre 2020)
- Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Disponible en <http://bcn.cl/2mwq6> (Diciembre 2020)
- Seguro social competente. Página web gubernamental. Disponible en <http://bcn.cl/2mwq7> (Diciembre 2020)
- Subsecretario de Relaciones Exteriores (2017). Sesión Senado 88/364. Disponible en: <http://bcn.cl/20rsn> (Diciembre, 2020).
- Villaseñor, Fernando (2019). Derechos sociales y justiciabilidad: Consideraciones en torno al artículo 25 de la Constitución Japonesa. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5850/19.pdf> (Diciembre, 2020).
- Weidenslaufer Christine y Paola Truffello (2019). Estatutos de derechos y garantías de los adultos mayores en el derecho internacional y comparado. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://bcn.cl/2msi9> (Diciembre, 2020).
- Weidenslaufer Christine y Paola Truffello (2020) Protección de la autonomía del adulto mayor. Experiencia comparada. Modelos de Estados Unidos y España. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <http://bcn.cl/2mwq8> (Diciembre, 2020).

Textos normativos

I. Legislación internacional

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Disponible en: <http://bcn.cl/2axk6> (Diciembre, 2020).

II. Legislación extranjera

1. España

Constitución Española. Disponible en: <http://bcn.cl/2aqiw> (Diciembre, 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://bcn.cl/2mwq9> (Diciembre, 2020).

Legislación autonómica

Comunidad Valenciana: Ley 9/2004, de 7 de diciembre, del Consejo Valenciano de Personas Mayores. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2004/12/07/9> (Diciembre, 2020).

Comunidad de Castilla y León: Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. Disponible en: <http://bcn.cl/2mwga> (Diciembre, 2020).

Comunidad Autónoma de Cataluña: Ley 11/2001, de 13 de julio, de Acogida Familiar para Personas Mayores. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-16692> (Diciembre, 2020).

Comunidad Autónoma de Andalucía: Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1999-19448> y (Diciembre, 2020).

Comunidad Autónoma de Canarias: Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-18007> (Diciembre, 2020).

Comunidad Autónoma del Principado de Asturias: Ley 7/1991, de 5 de abril de asistencia y protección al anciano. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1991-12095> (Diciembre, 2020).

Ley 16/1996, de 27 de noviembre, reguladora de las actuaciones inspectoras y de control en materia de servicios sociales y de modificación del Decreto Legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, por el que se aprueba la refundición de las leyes 12 / 1983, 26/1985 y 4/1994, en materia de asistencia y servicios sociales. Disponible en <http://bcn.cl/2mwgc> (Diciembre 2020)

Ley de servicios sociales N° 12 de 2007, Cataluña, España. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-19189-consolidado.pdf> (Diciembre 2020)

Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia según el nivel de dependencia. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-13811-consolidado.pdf> (Diciembre 2020)

2. Japón

Constitución Política de Japón: Disponible en: <https://www.ndl.go.jp/constitution/e/etc/c01.html> (dic. 2020). Versión en español disponible en: <http://bcn.cl/2msrl> (Diciembre, 2020).

Act on Social Welfare for the Elderly de 1963 Japon. Disponible en: <http://bcn.cl/2mwgd> (Diciembre, 2020).

Long-Term Care Insurance Act. Japan. Disponible en: <http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail/?id=94&vm=2&re=02> (Diciembre, 2020).

National Health Insurance Law. Japan. Disponible en: <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0060001> (Diciembre, 2020).

Nota aclaratoria

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)