Lo Esencial de la Seguridad Social www.issa.int

issa | ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL | AISS

Informe Técnico 25

El papel de la seguridad social en la atención a domicilio

Dominique Acker
Directora General, Servicios Mutualidad de la Función Pública
Mutualidad de la Función Pública
con la colaboración de
Caroline Bégué y **Mickael Pommier**
Encargados de misión en la presidencia de la
Mutualidad de la Función Pública
Francia

El papel de la seguridad social en la atención a domicilio

Dominique Acker
Directora General, Servicios Mutualidad de la Función Pública
Mutualidad de la Función Pública
con la colaboración de
Caroline Bégué y Mickael Pommier
Encargados de misión en la presidencia de la
Mutualidad de la Función Pública
Francia

Comisión Técnica de Prestaciones Médicas y Seguro de Enfermedad y Comisión Técnica de la Mutualidad
28a Asamblea General de la AISS, Beijing, 12-18 de septiembre de 2004

La Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS) es la organización internacional líder a nivel mundial que congrega instituciones de seguridad social y entidades relacionadas. La AISS brinda información, investigación, asesoramiento especializado y plataformas de cooperación para construir y promover una seguridad social dinámica y políticas a nivel mundial. Una parte considerable de las actividades la AISS en materia de promoción de buenas prácticas se realizan en el marco de sus Comisiones Técnicas, constituidas y administradas por organizaciones miembros comprometidas, con el apoyo de la Secretaría de la AISS.

Este informe se encuentra en: http://www.issa.int/recursos. Las opiniones e ideas expresadas no reflejan necesariamente las del editor.

Primera publicación en 2004.
© Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2008

Resumen

La cobertura de la dependencia y de la discapacidad, debida a la edad o a una enfermedad, es, hoy en día, un tema recurrente. La mayoría de los países del mundo establecen programas para ofrecer atención a domicilio a las personas con autonomía reducida.

La esperanza de vida y, por correlación, la proporción de personas mayores aumentan constantemente. Por consiguiente, aumenta la dependencia y, a menudo, cambian los cimientos de las estructuras de atención tradicionales y, principalmente, de la familia.

Se trata de un verdadero desafío económico que todos los países deben resolver.

Por lo tanto, es necesario interrogarse sobre el papel de la seguridad social, en su más amplia acepción, en el ámbito de la atención a domicilio.

Las respuestas a este mismo problema difieren según los países sean herederos de la tradición de Beveridge, de Bismarck o del sur de Europa. Todos priorizan la atención a domicilio. Las principales diferencias se encuentran en la manera de considerar esta atención.

La seguridad social interviene en todos los casos. No obstante, su nivel de intervención varía de un país a otro e influye en la financiación de la atención a domicilio.

Por otro lado, la acción de la seguridad social es multiforme: puede promover la atención a domicilio (oferta de prestaciones, formación de profesionales para un nuevo tipo de necesidades), evaluar el nivel de dependencia (intervención en la elaboración de los planes de ayuda), coordinar a los diferentes protagonistas (en particular en el ámbito de las redes), controlar la calidad de la atención o respaldar a las familias (prestaciones para las familias en especie o en efectivo para alentar a los familiares de personas con autonomía reducida a atenderlas).

La seguridad social, pese a su loable participación, no puede privarse de la intervención de otros protagonistas de la protección social debido, en particular, a que, para ser lo más eficaz posible, la cobertura de la dependencia debe ser global. En otras palabras, es indispensable que esta atención no sólo sea médica (ámbito en el que la acción de la seguridad social es más importante) sino también social (en este ámbito el papel de la seguridad social es como máximo residual).

La mayoría de los países introducen reformas a favor de la asistencia a domicilio para las personas con autonomía reducida. Por motivos culturales o estructurales, algunos países están más avanzados que otros pero todos están conscientes del problema. Por último, cabe señalar que incluso si existen divergencias, hay un consenso en torno al

papel de las instituciones de seguridad social en tanto que pilares del sistema, ya que constituyen la interfaz indispensable entre todos los participantes de la atención a domicilio.

Introducción

El envejecimiento demográfico, la progresión de enfermedades crónicas y que provocan discapacidades, la pandemia del SIDA y el aislamiento familiar obligan a los sistemas de protección social, en los albores del siglo XXI, a tener en cuenta la atención a domicilio, estrechamente vinculada con la noción de dependencia.

La dependencia se caracteriza por el hecho de que la persona dependiente, a causa o además de su estado de salud, necesita ayuda para realizar las tareas esenciales de su vida cotidiana (alimentarse, lavarse, vestirse, trasladarse, etc.).

La noción de atención a domicilio abarca una serie compleja de cuidados compuestos por atención médica, técnica y eventualmente de vigilancia, que forman parte del seguro de enfermedad, así como por una asistencia cotidiana a las personas, principalmente a cargo de la familia con el respaldo de servicios especializados. Diversos protagonistas participan en la atención a domicilio: profesionales sanitarios y de ayuda a domicilio, hospitales, servicios sociales, asociaciones, colectividades locales, etc.

Si bien esta serie de cuidados es difícil de evaluar desde un punto de vista financiero, en la mayoría de los casos es menos costosa que la transferencia a una institución. ¿Cómo garantizar entonces la perennidad y la neutralidad financiera de un sistema con necesidades crecientes?

Aunque esta dependencia es casi ineluctable, sus efectos pueden, mediante acciones adecuadas, atenuarse o posponerse. ¿Cómo garantizar la eficacia y la calidad de la atención global y medicosocial?

Por supuesto, la seguridad social en el sentido que le confiere la Oficina Internacional del Trabajo (OIT)[1], es decir "la protección que una sociedad ofrece a sus miembros mediante una serie de medidas públicas", debe desempeñar un papel en este ámbito pero ¿cuál?

En primer lugar, determinaremos las características de la participación de las instituciones de seguridad social en la atención a domicilio para las personas con autonomía reducida, luego estudiaremos el lugar que ocupan en materia de financiación y, por último, abordaremos su papel en la oferta de atención.

[1] OIT. 2000. *Informe sobre el trabajo en el mundo 2000*, Oficina Internacional del Trabajo.

1. Características de la asistencia a domicilio

1.1. Factores demográficos y epidemiológicos

En 2025, 11 por ciento de la población mundial tendrá más de 65 años. Los grupos de edad más elevada aumentarán más rápidamente: las personas mayores de 80 años se multiplicarán por dos (2 por ciento de la población mundial) y las mayores de 85 años por 2,5[2]. Si bien la aceleración del envejecimiento demográfico es una tendencia pesada, detrás de esta cifra media se esconden grandes disparidades regionales y se distinguen tres grandes grupos de países. Las estimaciones del porcentaje de personas mayores de 65 años en 2025 pueden diferenciarse de la siguiente manera:

- 4 por ciento en más de 70 países, la mitad de ellos en Africa;
- 9,4 por ciento en unos 40 países en transición demográfica, principalmente en Asia y América latina;
- 20,9 por ciento en los países en transición demográfica avanzada (Europa, Estados Unidos, Canadá, Japón y algunos países asiáticos y latinoamericanos).

Sólo en la Unión Europea, se estima que en la actualidad el número de personas de edad avanzada muy dependientes es de 9 millones. En 2025, las personas mayores de 85 años representarán 3,1 por ciento de la población de Francia.

Sin embargo, si bien el problema de la atención a domicilio preocupa en particular a los países más desarrollados debido al aumento de las patologías crónicas (por ejemplo, insuficiencia respiratoria) y de las enfermedades que provocan discapacidades (enfermedad de Alzheimer...) vinculadas con la edad, también es pertinente en el caso de ciertas patologías, en particular la pandemia de SIDA, que generan un estado de dependencia.

En un informe reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay en el mundo entre 34 y 46 millones de personas seropositivas, dos tercios de ellas en Africa, donde uno de cada 12 habitantes es portador del virus. En Botswana, por ejemplo, la elección de un programa de atención a domicilio para las personas enfermas de SIDA se remonta a 1990, debido al desfase entre los servicios de salud institucionales y las necesidades de los pacientes y porque la familia constituye el mejor público de destino en materia de prevención del SIDA.

1.2. Factores sociológicos

Las observaciones demográficas se suman a factores sociológicos como la evolución de las estructuras familiares y de las sociedades rurales que afectan progresivamente a todos los países.

[2] *Source:* INED (*Institut national d'études démographiques*), *www.ined.fr.*

En los países asiáticos, en particular, se produce un envejecimiento demográfico junto a un éxodo rural masivo, al incremento del trabajo de las mujeres y a los problemas de vivienda. En 1987, 90 por ciento de la población china de más de 60 años era atendida por sus descendientes. Diez años más tarde, en 1997, menos de 25 por ciento de los hogares chinos albergan a una persona dependiente.

Esta tendencia es idéntica en Tailandia, Filipinas, India, Malasia y en las islas Fidji, aunque es menor en las zonas aún rurales puesto que 44,6 por ciento de los hogares rurales tailandeses albergaban en 1997 a familiares dependientes[3].

En los países de Africa subsahariana, la pandemia del SIDA genera mayores cambios en las estructuras familiares que el envejecimiento.

1.3. Factores económicos

Un tercer elemento favorece el desarrollo de la atención a domicilio. Se trata del costo económico cuando las personas dependientes no tienen más alternativa que ser internadas en una institución. El costo suele ser elevado para las familias y para la comunidad. Por otro lado, la mayoría de los países no dispone de infraestructuras suficientes para responder en los próximos años al aumento de las necesidades. Por lo tanto, es indispensable, tanto desde el punto de vista de la persona como de la colectividad, favorecer la atención a domicilio para mantener el nivel de calidad.

A título indicativo, la atención de las personas dependientes representa, en los países de la Unión Europea, entre 1 y 3 por ciento del producto interno bruto.

1.4. Factores cualitativos

Por último, desde el punto de vista de la calidad de la atención, la asistencia a domicilio permite evitar la ruptura de los vínculos sociales y la pérdida de puntos de referencia de la persona al tiempo que mejora su calidad de vida. Cabe mencionar que cuando se produjo la ola de calor en Europa durante el verano de 2003, en Francia, las personas asistidas a domicilio registraron una menor cantidad de decesos (24 por ciento para las personas asistidas a domicilio frente a 76 por ciento para las personas internadas en instituciones).

Los factores señalados muestran que las necesidades aumentarán en los próximos años y que los Estados, por un lado, deben anticipar las consecuencias económicas y financieras y, por otro lado, establecer dispositivos de atención adaptados. Examinaremos cuál puede ser papel de la seguridad social en el desarrollo de la atención a domicilio desde estos dos ángulos.

[3] AISS. 2000. *Social security issues and research capacities in Asia and the Pacific – A six-country study*, Social Security Documentation, núm. 24, Asia and Pacific Series, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

2. ¿Cuál es el papel de la seguridad social en el financiamiento de la atención a domicilio?

Como hemos visto, la asistencia a domicilio a personas enfermas y/o dependientes se basa en la coexistencia de atención técnica, médica, vinculada con el estado de salud de la persona y de una ayuda para la vida cotidiana. Por lo tanto, a la hora de clasificar los modos de financiación, no es fácil distinguir qué incumbe al seguro enfermedad y qué forma parte de un sistema específico de cobertura de la dependencia.

Al examinar los principales modelos, veremos que si bien las respuestas a los problemas de financiación están estrechamente vinculadas con los sistemas de protección social adoptados en el pasado por cada Estado y con su generosidad, también se caracterizan por una participación sistemática de las colectividades estatales y territoriales (departamentos, condados, municipalidades, etc.). Los modelos tienden a influenciarse unos a otros.

En los países más desarrollados, los sistemas de atención pueden clasificarse, globalmente, en tres categorías. En los países influenciados por Beveridge, la colectividad costea la asistencia a domicilio mediante servicios de proximidad y prestaciones financiadas principalmente con los impuestos. En ciertos países herederos de la tradición de Bismarck, se reconoce la dependencia como un "riesgo" en sí y por lo tanto existe un régimen de seguro específico financiado con las cotizaciones de los asalariados y de los empleadores. Por último, un grupo de países, principalmente en el sur de Europa, privilegia una lógica de ayuda social que coexiste con la seguridad social y depende de los ingresos individuales.

2.1. El modelo de Beveridge

Los países del norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Suecia y Países Bajos) fueron los pioneros de esta cobertura, en la década de los años setenta. La atención a domicilio se integró en los dispositivos de salud pública, se descentralizó y se dejó una amplia responsabilidad a las colectividades locales. La atención de enfermería y el material a menudo se entregan gratuitamente (Dinamarca).

En Suecia, el sistema de protección social se sustituye a la familia para permitir que la persona dependiente sea autónoma. Ochenta por ciento de su financiación procede de los impuestos locales y el 20 por ciento restante proviene del gobierno central (2 por ciento), de participaciones individuales (9 por ciento) y de recursos adicionales.

Los sistemas establecidos en los países anglosajones, llamados "liberales", son menos generosos. Desde abril de 1993, en el Reino Unido, los servicios sociales de las autoridades locales deben administrar los montos procedentes de la financiación conjunta de las autoridades locales y del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service* (NHS)), con los cuales compran servicios a proveedores, por lo general del sector privado. Se incita a los servicios sociales a evitar la internación en instituciones ya que la totalidad de los gastos

cubiertos se financia en el marco de presupuestos globales que abarcan tanto la internación en instituciones como la asistencia a domicilio. Pese a que la atención para las personas mayores de 60 años está totalmente cubierta, el nivel de las demás prestaciones es bajo y depende de los recursos (*care package*).

2.2. El modelo de Bismarck

Austria, Alemania, Luxemburgo y Japón, respectivamente en 1993, 1994, 1998 y 2000, crearon, en paralelo al seguro de enfermedad, una nueva rama de protección social: el seguro de dependencia.

Sin embargo, si bien el modelo de Bismarck se basa, desde el punto de vista de la financiación del riesgo de enfermedad, en el principio de las cotizaciones abonadas por los empleadores y los asalariados, la aparición del riesgo de dependencia modifica la repartición de los costos.

En Alemania, el seguro de dependencia, creado para cubrir sólo una parte de las necesidades, se financia con una cotización de 1,7 por ciento del salario bruto repartida equitativamente entre empleadores y asalariados. Los jubilados cotizan del mismo modo compartiendo el pago de las primas con su organismo de jubilación. El seguro cubre a 90 por ciento de la población afiliada al seguro de enfermedad obligatorio y los asegurados contra el riesgo de enfermedad por un seguro privado deben asegurar el riesgo de dependencia ante un organismo privado.

En Luxemburgo, el régimen obligatorio de seguro de dependencia se basa en un sistema de financiación mixta. El Estado cubre 45 por ciento de los gastos, mientras que la población activa y los jubilados abonan una cotización especial de 1 por ciento de sus ingresos totales.

También en Japón el sistema es mixto. Cincuenta por ciento se financia con las primas abonadas, en función de los ingresos, por los asegurados (33 por ciento) y los jubilados (17 por ciento) y 50 por ciento corre por cuenta del gobierno y de las autoridades locales. Este sistema permite a todas las personas dependientes acceder a una amplia variedad de prestaciones (visitas a domicilio de enfermeros, cuidados de higiene a domicilio, etc.).

2.3. El modelo del sur de Europa

En los países del Mediterráneo, los debates en torno a la necesidad de un seguro "de ayuda a largo plazo" fueron menos abundantes, debido a la vigencia de los modelos familiares de ayuda informal y a las importantes restricciones presupuestarias. En estos países, las prestaciones se entregan dentro de los sistemas de protección contributivos (que cubren, por ejemplo, enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo y vejez), como dentro del sistema de asistencia social. Las prestaciones para las personas dependientes se entregan, principalmente, en concepto de discapacidad y de vejez, en este último caso como suplemento de pensión.

El Estado financia la *indennità di accompagnamento* en Italia y la ayuda de soporte en España.

En España, los servicios de ayuda para las tareas domésticas son gratuitos para los titulares de la pensión mínima y son pagos para las personas con ingresos dos veces superiores. Las personas con ingresos intermediarios contribuyen según sus ingresos. La cantidad de residencias colectivas es dos veces inferior que en los demás países porque prevalece la tradición de que la familia y los allegados se encarguen de los cuidados de la persona dependiente. Se están emprendiendo ambiciosas acciones de modernización de la cobertura de la dependencia en el marco del "Plan de acción 2000-2005" para las personas mayores, que se caracteriza por una gran descentralización de los servicios y la participación de los usuarios en la definición del programa pero que, a nuestro entender, no modifica los equilibrios financieros.

Grecia e Italia disponen también de algunos programas especiales administrados a nivel local.

Francia se encuentra en una posición original porque está en transición. Abona una asignación personalizada de autonomía (*allocation personalisée à l'autonomie* (APA)) similar a las prestaciones entregadas por el "modelo del sur de Europa", financiada por un impuesto de 0,1 por ciento retenido sobre la totalidad de los ingresos de los hogares y por una participación de todos los regímenes obligatorios de seguro de vejez. Se trata de una prestación en efectivo, asignada en función de los ingresos y del nivel de dependencia de las personas[4].

Por otro lado, a la hora en que escribimos estas líneas, Francia prevé la creación de una Caja nacional de solidaridad para la autonomía (*Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA)), cuyos ingresos estarán compuestos por los de la APA y por una cotización de 0,3 por ciento abonada por los empleadores públicos y privados, a cambio de la instauración, como en Alemania, de una jornada de solidaridad y de una cotización de 0,3 por ciento de los ingresos del patrimonio y de las inversiones. En el proyecto de ley actualmente debatido, los departamentos se convertirían en los únicos responsables de la atención de las personas con autonomía reducida y serían competentes para la tarifación y el financiamiento de los establecimientos (incluida la parte de atención) mientras que los gastos de atención urbana permanecerían en el ámbito del seguro de enfermedad. La CNSA tendría un papel de regulación de las políticas locales y su misión sería "garantizar la igualdad de trato en todo el territorio".

El examen de los distintos modelos de financiación muestra que los Estados debieron, en un periodo relativamente corto, adaptarse a los costos crecientes de la asistencia a domicilio, ayudando a las personas y sus familias a asumirlos más allá del marco inicial de la ayuda social. Así, fue necesario erigir una financiación sustitutiva que, según las opciones de cada gobierno, sería más o menos generosa, más o menos solidaria.

[4] "L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2003", *Etudes et Résultats*, núm. 281, diciembre de 2003, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité/ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Sin embargo, si bien las medidas descritas más arriba indicarían que la financiación de la asistencia a domicilio está asegurada durante varios años, cabe preguntarse si será suficiente para alcanzar los objetivos esperados de equidad, eficacia y calidad. Mencionemos, entre otros:

- la coordinación entre los aspectos sanitarios y sociales, entre la atención urbana y la hospitalización;
- la neutralidad de la financiación comparada con la mejor opción para la persona;
- la correcta evaluación de las necesidades;
- la profesionalización de los servicios;
- el respaldo a las familias.

3. ¿Cuál es el papel de la seguridad social en la atención a domicilio?

En la medida en que se trata de implementar una atención global, medica y social, haremos referencia con el término "atención a domicilio" tanto a la atención ofrecida por profesionales sanitarios, como a los servicios entregados por la familia o por cualquier servicio especializado.

Incluso si, como veremos, la seguridad social no interviene sola en la atención a domicilio, en primer lugar debe desempeñar un papel en la organización de una oferta de servicios de atención de buena calidad, adaptados a las necesidades individuales.

3.1. Acceso a prestaciones adaptadas

La función primera de la seguridad social es ofrecer las prestaciones necesarias para la asistencia a domicilio. Se trata de:

- Prestaciones en especie: Visitas a domicilio, atención de enfermería o de quinesioterapia, cuidados de higiene, horas de ayuda para las tareas domésticas, material médico y ayuda técnica, adaptación de la vivienda o del vehículo, etc. Japón sólo propone prestaciones en especie para fomentar la práctica de profesionales especializados. Por el mismo motivo, en Alemania la prestación en especie es superior a la misma prestación en efectivo. Sin embargo, cuando se trata de prestaciones en especie, el monto cubierto es el mismo cualquiera sea el lugar donde vive el beneficiario, a fin de garantizar la neutralidad de la prestación.
- Prestaciones en efectivo: Aunque ciertos países como Austria sólo abonan prestaciones en efectivo, por lo general, estas prestaciones completan las prestaciones en especie, permiten financiar ciertos servicios complementarios (horas de ayuda para las tareas domésticas, teleasistencia, etc.) y, sobre todo, indemnizar la ayuda familiar, como en Suecia o España (ayuda de soporte).

El monto de estas prestaciones ha ascendido notablemente (11 por ciento por año en Canadá entre 1991 en 1997) y es indispensable que se entreguen metódicamente sobre la base de criterios fiables.

3.2. Evaluación de las necesidades de la persona

La mayoría de los países elaboró dispositivos de evaluación de las necesidades que permiten garantizar que las prestaciones correspondan a la situación de la persona:

- Luxemburgo estableció una sección pluridisciplinaria (médico, enfermero, psicólogo, quinesioterapeuta, ergoterapeuta, asistente social) de evaluación y orientación, independiente del seguro de dependencia que, sobre la base de una cuadrícula medicosocial, determina la ayuda y la atención necesarias en forma de créditos horarios semanales.
- El llamado *case management* aplicado en el Reino Unido es un medio de garantizar prestaciones en función de las necesidades y de superar eventuales obstáculos institucionales entre los distintos proveedores.
- La cuadrícula francesa AGGIR (*Autonomie gérontologique Groupes iso-ressources*) contiene seis niveles de dependencia y sirve para establecer el plan de ayuda vinculado con la APA.
- En Japón, el certificado de necesidades de atención (*care needs certification*) informatizado sirve para fijar el monto de la ayuda.
- En Alemania, los médicos de las cajas realizan la evaluación junto con trabajadores sociales.

3.3. Coordinación de los distintos participantes

Para completar la intervención puntual de los profesionales sanitarios y de los auxiliares médicos prevista en el marco de los planes mencionados más arriba, las cajas de seguridad social sintieron la necesidad de emprender acciones coordinadas para garantizar una mejor entrega de la atención a domicilio y colocar a la persona "en el centro del dispositivo".

Las redes de coordinación comenzaron en Francia en 1996, con carácter experimental, para favorecer la atención global a domicilio de los pacientes víctimas de patologías pesadas o crónicas. Los médicos generalistas conforman el eje del dispositivo compuesto por hospitales de cercanía (del sector), auxiliares médicos que ejercen de modo independiente o en servicios de atención de enfermería a domicilio, servicios sociales y servicios a domicilio (ayuda para las tareas domésticas, entrega a domicilio de comidas y medicamentos).

En marzo de 2000, la Mutualidad Social Agrícola experimentó una red de coordinación gerontológica. Hoy, su balance es positivo, en particular para la población rural. El número de personas de edad avanzada que se benefician con esta red está aumentando, el índice de satisfacción, incluso para los profesionales sanitarios, es elevado y la experiencia modificó la percepción del seguro enfermedad y del trabajo social.

En Canadá, los centros locales de atención comunitaria administran los programas a domicilio.

3.4. Fomento y control de la calidad de la atención

La seguridad social también interviene en el control de la calidad de la atención entregada.

En Francia, ciertos profesionales sanitarios firmaron contratos de buenas prácticas y de salud pública que hacen hincapié en la prevención y en una mejor calidad de la atención. Estos contratos permiten mantener registros que se trasmiten para ser controlados por el servicio médico de las cajas del seguro de enfermedad.

En Alemania, que cuenta con 13.000 servicios de atención ambulatoria, obligó a estos servicios a establecer un control de calidad interno y a someterse a un control externo realizado por el servicio médico de las cajas del seguro de enfermedad. Desde 1997, se ha controlado a más de la mitad.

Los controles permiten evaluar las necesidades de formación de los profesionales sanitarios. Señalemos que, en Francia, para comprender mejor las particularidades de la atención para ancianos durante la formación médica, se reconocerá, a partir de septiembre de 2004, la especialización en geriatría como una especialidad en sí. Las cajas del seguro de enfermedad proponen formaciones de prevención a los auxiliares paramédicos que ejercen a domicilio.

3.5. Repartición de la atención con otros protagonistas

Además de la atención médica y de higiene entregada por los profesionales sanitarios, para ofrecer una cobertura medicosocial global es indispensable toda una serie de servicios. Se trata de los servicios personales en los que intervienen, ante personas y familias, numerosos colaboradores de la seguridad social en calidad de proveedores.

Podemos mencionar a las municipalidades que, a menudo, organizan la entrega a domicilio de comidas y medicamentos en el marco de sus centros de acción social, a las asociaciones y mutualidades que administran servicios de enfermería, a las fundaciones que estructuran el trabajo de los colaboradores benévolos en el acompañamiento de las personas, etc.

En Grecia, las autoridades locales y los centros de protección para las personas mayores colaboran con la administración de los 102 programas de ayuda domicilio que proponen una amplia variedad de prestaciones: atención médica y visitas a domicilio, atención de enfermería y quinesioterapia, asistente social en un grupo, colectividad o familia, diversos servicios prácticos (compras, trámites administrativos, etc.), limpieza del hogar, etc.

En Francia, el Estado y las colectividades locales aprueban conjuntamente los regímenes gerontológicos departamentales y las colectividades departamentales participan en gran medida en la atención de las personas mayores. Algunas de ellas, por ejemplo, organizaron o

fomentaron la creación de centros de teleasistencia que permiten a una persona aislada, mayor o discapacitada comunicarse con personas que puedan socorrerla. Sin embargo, los países más avanzados en este ámbito son los escandinavos que han hecho de la teleasistencia a las personas una verdadera prioridad de sus regímenes de ayuda a las personas con autonomía reducida.

La información al público sobre los dispositivos existentes y la coordinación del conjunto de los protagonistas de la atención es responsabilidad de los centros locales de información y coordinación gerontológico (*Centres locaux d'information et de coordination gérontologique* (CLIC))[5].

3.6. Respaldo a las familias

Por último, las familias desempeñan un papel indispensable y complementario al de la seguridad social y de los demás protagonistas. Para ser completo, el dispositivo de asistencia a domicilio debe incluir una "ayuda para los que ayudan".

- El primer respaldo de las familias es la prestación en efectivo o en especie que se entrega a la persona dependiente y permite garantizar la continuidad de la presencia en el domicilio cuando la familia se ausenta y ayudar en ciertas tareas (limpieza, manutención, etc.). Lo más común es el servicio de una asistente a domicilio, de una asistente para las tareas domésticas o de una enfermera.

- Cuando miembros de la familia están disponibles para ocuparse de la persona dependiente, se prevén prestaciones en efectivo para indemnizarlas. Los miembros de la familia pueden cotizar a regímenes de jubilación y beneficiar de ventajas sociales, inmediatas o capitalizables, como en Japón donde las horas de ayuda benévola confieren derecho a horas de ayuda gratuita a la persona que las ha ofrecido.

- Una alternativa para la ayuda a las familias puede ser la atención diurna a tiempo parcial en un hospital. En Ghana, por ejemplo, se han creado centros de atención diurna para personas mayores que permiten a las familias compartir la responsabilidad de las personas mayores y favorecen el mantenimiento del respaldo familiar.

- Por otro lado, en Francia existe una forma original de organización de la asistencia a domicilio: el hogar de acogida rural para personas mayores (*maison d'accueil rurale pour personnes âgées* (MARPA)), creado en 1987. Hoy existen más de 100. De pequeña capacidad (25 personas), proponen a sus residentes condiciones de recibimiento similares a un domicilio privado pero con adaptaciones arquitecturales, seguridad, acompañamiento y el estímulo colectivo de un establecimiento. Al optar por un respaldo "como a domicilio", el hogar de acogida rural para personas mayores se basa en los recursos de atención del territorio donde está implantado.

[5] A título informativo, en 2002, había 272 CLIC en 87 departamentos de Francia.

- En el mismo orden de ideas, se han introducido servicios de "descanso" para aliviar física y psicológicamente a las personas que se ocupan de personas mayores que exigen cuidados continuos. En muchos países existen servicios de alojamiento para personas mayores que reemplazan durante un tiempo a la familia (vacaciones, indisponibilidad momentánea).

- En Bélgica, las mutualidades organizan estadías de vacaciones para personas mayores, enfermas y discapacitadas. El objetivo es permitirles irse de vacaciones en condiciones de seguridad óptimas, aliviando así a las familias. Estas estadías cuentan con la participación de enfermeras y colaboradores benévolos calificados.

- Cuando no es posible recurrir a la familia, se fomenta el voluntariado, a menudo mediante asociaciones de respaldo a los pacientes u organismos caritativos, en particular en América del Norte. Para favorecer al máximo el mantenimiento de la vida social y completar la oferta de los profesionales de atención a domicilio, los voluntarios van a casa de personas mayores, dependientes, enfermas o discapacitadas para visitarlas, llevarlas a realizar exámenes clínicos o citas con el médico, hacer compras, conducirlas a una actividad recreativa y asociativa, realizar pequeños trabajos, proponer ayuda administrativa, etc.

Conclusión

El objetivo de las reformas introducidas estos últimos años en la mayoría de los países consiste en contener el espacio de la institucionalización, evaluando con precisión las necesidades y el potencial de las personas con autonomía reducida y en fomentar la asistencia a domicilio.

Los precursores, en particular los países escandinavos y Alemania, se dieron rápidamente cuenta del esfuerzo necesario para cubrir este nuevo riesgo que es la pérdida de autonomía. Su experiencia hizo hincapié en las condiciones del éxito para alcanzar este objetivo y garantizar cierta calidad de vida: financiación estable y neutra, enfoque global que reúne, por un lado, prevención y medicinamiento y, por otro, atención sanitaria y social, acceso a prestaciones adaptadas, profesionalización y coordinación de los protagonistas, respaldo a la familia.

Desde entonces, muchos países implementaron programas de asistencia a domicilio, lo cual es una señal de verdadera concienciación.

Si bien no existe un modelo único, ya que las soluciones halladas dependen de los sistemas de protección social existentes, todos se basan en las instituciones de seguridad social, cuyo papel en la atención y en su coordinación es primordial aunque no pueden por sí solas garantizar el éxito de la asistencia a domicilio. En efecto, las instituciones de seguridad social deben ser capaces de inscribir su acción dentro del marco más amplio de una política que movilice y responsabilice a las colectividades locales, asociaciones y mutualidades, garantizando la equidad de acceso a las prestaciones, ofreciendo buenas condiciones de ejercicio a los profesionales de la atención a domicilio y reuniendo en un verdadero proyecto de sociedad la

solidaridad nacional y familiar, la iniciativa local y los servicios públicos, entre los cuales figuran los organismos de protección social.

Bibliografía

Obras

AISS. 2000. *Social security issues and research capacities in Asia and the Pacific*, Social Security Documentation, núm. 24, Asia and Pacific Series, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

—. 2003. "La seguridad social en una sociedad longeva", Actas de la Conferencia Internacional sobre Investigaciones en Seguridad Social, Amberes, 5-7 de mayo, Asociación Internacional de la Seguridad Social.

Brodsky, J.; Habib, J.; Hirschfeld, M. 2003. *Long-term care in developing countries, Ten case-studies*, WHO-JDC Brookdale Institute.

Comisión Europea. 1999. "Les soins de longue durée", *MISSOC Info*, núm. 1.

International Longevity Center. Long-term care insurance: the experience of two nations, Estados Unidos.

Lesage, I. 1998. *Quelle politique de santé pour le grand âge? Une réflexion européenne*, Institut d'études des politiques de santé (IEPS), junio.

Phillips, D.R.; Chan, A.C.M. 2002. *Ageing and long term care, National policies in the Asia-Pacific*, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID)/Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS).

PUF. 2002. *La protection sociale des personnes âgées, Que sais-je*, Presses universitaires de Francia, noviembre.

Artículos

Borsenberger, M.; Kerger, A. 2000. "La mise en oeuvre d'une assurance dépendance au Luxembourg", *Retraite et Société*, núm. 31, págs. 7-25.

DREES. 2002. "La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède: une étude de cas-type", *Etudes et Résultats*, núm. 176, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, junio.

—. 2004. "Allocation personnalisée d'autonomie à domicile: une analyse des plans d'aide", *Etudes et Résultats*, núm. 293, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, febrero.

—. 2004. "Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000", *Etudes et Résultats*, núm. 296, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, marzo.

—. 2004. "L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003", *Etudes et Résultats*, núm. 298, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, marzo.

Jarre, S. 2003. "La prise en charge de la dépendance en débat", *Espace social européen*, núm. 633, abril.

"L'essor des services à domicile", *Panorama du médecin*, núm. 4522, 20 de noviembre de 1997.

"Le vieillissement mondial: un problème de santé publique sans précédent pour les décennies à venir", *La revue de gériatrie*, tomo 27, núm. 8, octobre de 2002.

"Long-term care insurance, System in a nutshell", Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministerio de la Salud, del Trabajo y del Bienestar, Japón.

Masuda, M.; Kojima, K. 2001. "Japanese social security for the elderly from a viewpoint of life cycles", *Review of Population and Social Policy*, núm. 10, págs. 37-54.

"Personnes âgées: quelles politiques en Europe?", *Décideurs en gérontologie*, núm. 98, noviembre/diciembre de 2003.

Simon, M.-O. 1997. "Rester à domicile malgré la dépendance", *Solidarité Santé*, núm. 4.

"Vieillir dans quatre mégalopoles: New York, Londres, Paris et Tokyo", *Etudes et Résultats*, núm. 260, septiembre de 2003.

Vollmer, R.J. 2000. *Long-term care insurance in Germany*, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Sitios Web

Comisión Europea: *www.europa.eu.int*

Ministerio Federal de Salud alemán: *www.bmgs.bund.de*

Naciones Unidas: *www.un.org*

Office national de l'action sociale décentralisée: *www.odas.net*

Organización Mundial de la Salud: *www.who.int*