

Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica

Nadin Medellín
Patricia Jara Maleš
Mauricio Matus-López

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1820

Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica

Nadin Medellín
Patricia Jara Maleš
Mauricio Matus-López

Noviembre 2019

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Medellín, Nadin.

Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica / Nadin Medellín, Patricia
Jara Maleš, Mauricio Matus-López.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1820)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Costa Rica. 2. Older people-Care-Costa Rica. 3. Older
people-Government policy-Costa Rica. I. Jara Maleš, Patricia. II. Matus-López,
Mauricio. III. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y
Salud. IV. Eurosocietal. V. Título. VI. Serie.

IDB-TN-1820

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2019 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/es/proteccionsocial



Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Costa Rica

Co-publicación BID-Eurosocial

Nadin Medellín
Patricia Jara Maleš
Mauricio Matus-López



Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica

Nadin Medellín, Patricia Jara Maleš y Mauricio Matus-López¹

Resumen

Existe una demanda creciente por servicios de atención a la dependencia en Costa Rica debido al envejecimiento de la población y a la presencia de enfermedades crónicas. De acuerdo con estimaciones basadas en la Encuesta Nacional sobre Discapacidad, alrededor de 280 mil personas enfrentan dificultades para realizar de manera autónoma actividades básicas de la vida diaria. Esto ocurre en un contexto donde la principal fuente de servicios de cuidado, que son las redes familiares, se contrae como resultado de familias más pequeñas y de una mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, y donde la oferta de servicios remunerados es escasa, especialmente para las poblaciones con ingresos medios y bajos.

El desafío de política pública consiste en desarrollar un sistema formal de cuidados que organice e integre los esfuerzos que actualmente constituyen bases importantes para un escenario futuro, pero que todavía adolecen de altos grados de segmentación y dispersión. Imprimir mayor racionalidad al sistema, ofrecer una nueva rectoría y un marco articulador que le dé mayor sentido a los esfuerzos de coordinación, permitiría satisfacer el doble objetivo de hacer más eficiente al sistema en su conjunto, por un lado, y facilitar que las personas con dependencia accedan a servicios de cuidado de calidad, por otro. La construcción de un sistema nacional de cuidados está en la agenda política del país, y en esta nota técnica se analizan los factores que colocan a Costa Rica en una posición óptima para avanzar rápidamente en las políticas de cuidados de largo plazo.

Esta nota técnica es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidado publicada en conjunto por el BID y el Programa de la Unión Europea EUROsociAL².

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras clave: envejecimiento de la población, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y Caribe, Costa Rica

¹ Nadin Medellín es consultora en la División de Salud y Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo, en la que Patricia Jara Maleš es especialista líder. Mauricio Matus-López es profesor en la Universidad Pablo de Olavide. Dirigir correspondencia a nadinm@iadb.org y pjaramales@iadb.org. Esta nota técnica ha sido elaborada con fondos del Estudio Económico y Sectorial "Envejecimiento y Cuidado de Largo Plazo" (RG-E1488) del BID. Los autores agradecen especialmente el apoyo y las aportaciones de Juan Luis Bermúdez y Francisco Delgado Jiménez del Instituto Mixto de Ayuda Social, así como de Mario Ruíz de la Caja Costarricense de Seguro Social. También agradecen las contribuciones de Martí Jiménez de Verdeza, Flor de María Ugalde de AJUCE, Verónica Hernández Municipalidad de Cartago, Erika Álvarez del Hogar Manos de Jesús, Ilse Cerda (Salud a un Clic), Angie García del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Juan Parra de la Asociación Costarricense de Alzheimer y Otras Demencias Asociadas y a Eduardo Méndez del Centro Diurno El Tejar. Además, agradecen a Ferdinando Regalia, Natalia Aranco, Gianluca Cafagna, Pablo Ibararán, María Laura Oliveri, Marco Stampini, Andrea Proaño y María Soledad Planes del BID; y a Francesca Capparucci, Francesco María Chioldi y Andrea Monaco de EUROsociAL+ por sus comentarios. El documento fue editado profesionalmente por Susana Ruiz y el diseño de la portada fue elaborado por Diego Vapore. Eventuales errores y omisiones del presente documento son responsabilidad de los autores. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de sus autores y no las del BID, su Directorio ni los países que representan, ni de la Unión Europea.

² Esta serie de notas, además de materiales sobre envejecimiento y atención a la dependencia producidos por el BID están disponibles en: <https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento>.

Contenidos

Introducción	3
Sección 1. Demanda por servicios de apoyo	5
Proceso de envejecimiento en el país	5
Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional	7
<i>Esperanza de vida y esperanza de vida saludable</i>	7
<i>Discapacidad y dependencia funcional</i>	7
<i>Condiciones de salud de los adultos mayores y las personas con dependencia</i>	11
La relación entre enfermedades crónicas y dependencia, y la demanda de servicios de atención a la dependencia	14
Características socioeconómicas de la población adulta mayor	17
Sección 2. El papel del gobierno en los servicios de apoyo para personas en situación de dependencia	19
Normativa y marco institucional sobre adultos mayores	19
Normativa y marco institucional sobre las personas con discapacidad	21
Hacia un sistema de servicios de apoyo a la dependencia	22
<i>Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor</i>	22
<i>Consejo Nacional de Personas con Discapacidad</i>	26
<i>El papel del gobierno promoviendo la calidad de los servicios</i>	29
Sección 3. Oferta de servicios de cuidados a la dependencia en adultos mayores	30
Servicios de atención a la dependencia remunerados	33
<i>Servicios en instituciones</i>	34
<i>Servicios de asistencia personal en el hogar</i>	35
<i>Servicios en centros de día</i>	36
<i>Servicios de teleasistencia</i>	38
<i>Servicios para personas que brindan servicios de apoyo</i>	38
<i>Otros servicios</i>	38
Cuidados a la dependencia no remunerados	39
Sección 4. Análisis y perspectivas del sistema de cuidados	40
Referencias bibliográficas	44

Introducción

Alrededor de 280 mil personas en Costa Rica, equivalentes a 8% de la población adulta, están en situación de dependencia funcional pues experimentan dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria. Se espera que dichas cifras aumenten en las próximas décadas apuntaladas por el envejecimiento de la población y por la prevalencia de enfermedades crónicas. La prevalencia de la dependencia es más alta entre los adultos mayores y la población de Costa Rica está envejeciendo rápidamente. Las proyecciones de población de Naciones Unidas indican que el porcentaje de adultos mayores de hoy se duplicará en 2050, cuando alcanzará 31% de la población. La tasa de dependencia entre las personas adultas mayores de 60 años es 15%, es decir tres veces más alta que en el resto de la población adulta. Por otro lado, la tasa de dependencia podría incrementarse debido a la creciente prevalencia de padecimientos crónicos y a los avances en tratamientos médicos que permiten manejar dichos padecimientos y prolongar la vida.

El contexto anterior indica una demanda creciente de servicios de atención a la dependencia³ y representa una presión para las políticas sociales y sanitarias, entre las que se encuentran los servicios de atención a la dependencia que actualmente existen y que están enfocados en los individuos en situación de pobreza. Pero, sobre todo, ejercen presión sobre las familias y especialmente sobre las mujeres, que son las que actualmente asumen la mayor parte de las tareas de cuidado. Y es que las familias no sólo son más pequeñas, sino que más mujeres participan en el mercado laboral y tienen menos horas disponibles. Esto resulta en un escenario donde existe una oferta limitada de servicios financiados por el gobierno, y los recursos de las familias para brindar cuidado están sobreexigidos.

Costa Rica está lista para avanzar a paso rápido en la construcción de un sistema nacional de cuidados de largo plazo, un asunto que ya está incluso en la agenda pública. El país cuenta con instituciones robustas, un seguro público de salud de amplia cobertura, un marco normativo favorable y, sobre todo, una visión de los derechos sociales que hacen factible la adopción del cuidado, sobre todo en la vejez y en condición de dependencia, como un ámbito prioritario de su sistema de bienestar social.

El primer capítulo esta nota técnica profundiza en el contexto demográfico y de salud en Costa Rica. Después, se analizan las principales características de la población en situación de dependencia. Existe una fuerte relación entre dependencia, discapacidad y padecimientos crónicos. De hecho, cinco de cada diez personas en situación de dependencia también están en situación de discapacidad y padecen al menos una enfermedad crónica. Además, la superposición de estas tres situaciones aumenta con la edad: nueve de cada diez de las personas adultas mayores con dependencia tienen también discapacidad y al menos una enfermedad crónica. Actualmente, poco más de la mitad de la población en situación de dependencia tiene menos de 59 años. Notablemente, el porcentaje de mujeres, adultos mayores y personas con ingresos bajos es mayor entre la población con dependencia que en el resto de la población.

³ Es también importante realizar una aclaración respecto al uso de la palabra *cuidador* a lo largo del documento. La palabra *cuidador* tiene una connotación peyorativa con relación a las personas con discapacidad. En este sentido, según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidades no tienen necesidades de cuidado, sino que son sujetos con derechos a tomar sus propias decisiones, con la ayuda de asistentes personales, si fuera necesario. La palabra *cuidado* implica que la persona con discapacidad tiene un rol muy pasivo, como un objeto de asistencia. Así, cuando hablamos de personas con discapacidad, en vez de cuidador, el término debe ser *asistente personal*.

En el segundo capítulo se exploran las normativas sobre adultos mayores y sobre discapacidad, así como los servicios públicos que existen actualmente, como el notable programa de subsidios de CONAPAM, que facilitó el acceso a servicios y apoyos a 18 mil personas en situación de pobreza en 2018.

El capítulo tres se ocupa de describir la oferta actual de servicios de atención a la dependencia, específicamente residencias, centros diurnos y asistencia personal en el domicilio. Costa Rica cuenta con un número considerable de organizaciones sin fines de lucro enfocadas, con un alto nivel de compromiso, en la atención de las personas en situación de pobreza. En general, no requieren pagos de parte de los usuarios y se financian a partir de recursos públicos incluyendo CONAPAM, pero también de la Junta de Protección Social y gobiernos municipales. Asimismo, existe un sector creciente de organizaciones con fines de lucro orientadas a la población de altos ingresos. Los recientes datos de la Encuesta Nacional sobre Discapacidad, sugieren que alrededor de 39 mil personas pagan de manera regular para recibir asistencia personal para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Aunque sólo son la punta del iceberg, pues los datos también revelan que el número de personas sin remuneración que brindan apoyo a familiares y amigos de manera intensa para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria podría superar las 298 mil personas.

Finalmente, el capítulo cuatro, a modo de conclusión, ofrece un espacio de análisis sobre los desafíos y las fortalezas que enfrenta el país y en particular el gobierno central rumbo a avanzar en la construcción de un sistema nacional de cuidados.

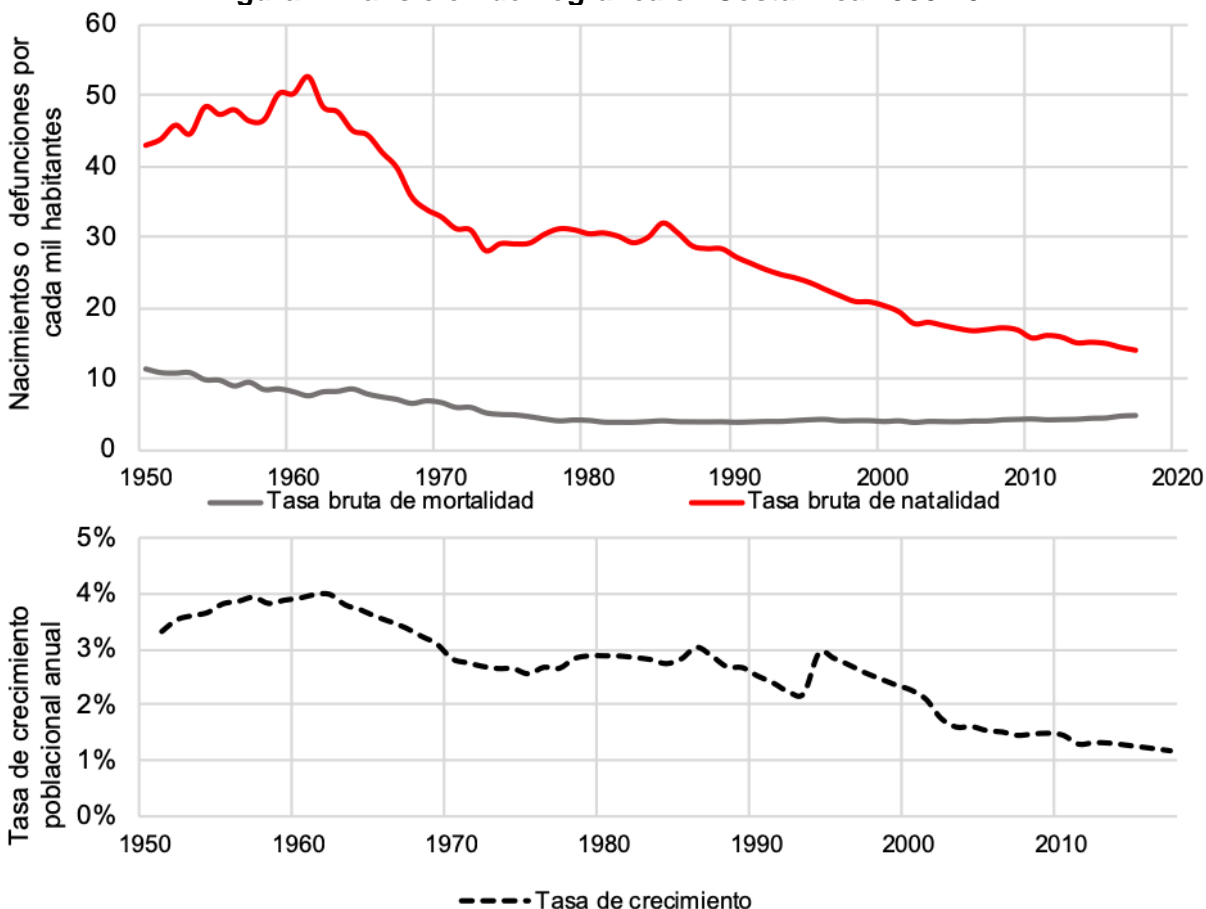
Sección 1. Demanda por servicios de apoyo

Proceso de envejecimiento en el país

Costa Rica se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica que se caracteriza por bajas tasas de mortalidad y de natalidad que resultan en un lento crecimiento poblacional (Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2008). A partir de 1950, y hasta la década del 60, la caída en la mortalidad llevó a un crecimiento acelerado de la población; a partir de los años sesenta, la tasa de crecimiento poblacional se desacelera debido a un vertiginoso descenso de la tasa de natalidad (Rosero-Bixby 2016).

En 2017 la tasa de crecimiento poblacional se situó en el punto histórico más bajo (1.17%) de acuerdo con las estadísticas vitales de INEC. La tasa de mortalidad ha experimentado una ligera tendencia creciente en la última década, que se explica por el envejecimiento de la población y el fallecimiento de personas en edad avanzada (Ver Figura 1). El número de hijos por mujer en Costa Rica está por debajo de la tasa de reemplazo desde 2005 y se ubicó por 1.7 hijos por mujer en 2016 (Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica 2016).

Figura 1. Transición demográfica en Costa Rica 1950-2017



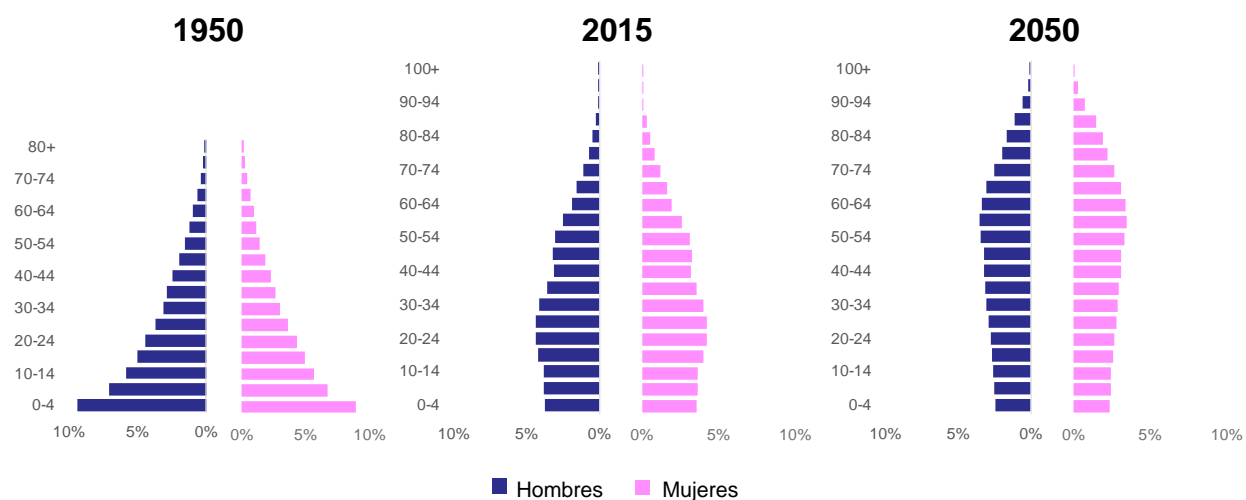
Fuente: Estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Debido a los cambios en las tasas de natalidad y mortalidad el porcentaje de población de 60 años y más ha aumentado considerablemente y se espera que la tendencia se acelere en

las próximas décadas⁴. La proporción de adultos mayores como porcentaje del total de la población aumentó de 5% en 1950 a 13% en 2015, y las proyecciones indican que llegará a 30% en 2050, de acuerdo con los datos de la División de Población de Naciones Unidas. Asimismo, el porcentaje de la población que tendrá 80 años o más se cuadruplicará entre 2015 y 2050, al pasar de 2% a 8%.

El ritmo al que envejece Costa Rica es aún más acelerado que el de países con mayores ingresos y que el de otros países de América Latina y el Caribe (Aranco et al. 2018, Figura 1). Mientras el aumento de la población de adultos mayores de 7% a 14% del total, le tomó alrededor de 115 años a Francia y 69 años a Estados Unidos, a Costa Rica le tomará solamente 18 años. En contraste, este cambio demográfico le tomará a Chile 27 años, y 22 años a Brasil y México.

Figura 2. Pirámides de población en Costa Rica



Nota: No se cuenta con información desagregada sobre el número de personas en los grupos de edad a partir de 80 años en 1950.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas (n.d.)

El envejecimiento de la población costarricense está relacionado con un aumento de las necesidades de cuidado y también con un cambio en el tipo de atención que se requiere. Mientras en 1950 los niños representaban el grupo de edad que más demandaba cuidados, a medida que envejece la población los adultos mayores ganan importancia como demandantes de cuidados⁵. El tipo de cuidados que requieren es muy diferente. De acuerdo con las proyecciones demográficas, la razón de dependencia de cuidados en los adultos mayores de Costa Rica aumentará de 2.9 personas adultas que requieren cuidados por cada 100 potenciales cuidadores (personas entre 15 y 74 años) en 2015, a 11.3 personas que demandan cuidados en 2050⁶.

⁴ Los flujos migratorios en Costa Rica no han tenido un impacto considerable en el comportamiento demográfico (Rosero-Bixby 2016). La encuesta de hogares más reciente (2017) indica que 0.6% de las personas de 12 años y más que vivían en Costa Rica en 2017 residían en otro país hace dos años. Sin embargo, esta situación podría no mantenerse dados los recientes movimientos migratorios de Nicaragua y de Venezuela.

⁵ Debe notarse que mientras es normal que todos los niños requieran de asistencia para actividades de la vida diaria, sobre todo los más pequeños, sólo algunos adultos mayores requieren de apoyo para realizar dichas actividades.

⁶ Lo anterior considerando los cuidados demandados por las personas adultas mayores de acuerdo con el indicador de dependencia de cuidados que propone Budlender (2008), el cual, cabe destacar, es sólo una figura estimada de la demanda de

Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional

Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

Costa Rica tiene una población longeva y un pronóstico de que aumentará la esperanza de vida de la población en los próximos años. La esperanza de vida para las personas de 60 años en 2015 se estimó en 24 años. Aunque la mayor parte de dichos años serán saludables, se estima que cinco se vivan en condiciones de salud precaria (4.3 para los hombres y 5.6 para las mujeres).

Tabla 1. Esperanza de vida de la población de Costa Rica 1950-2050

	1950			2015			2050		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	55.6	54.1	57.1	79.2	76.7	81.7	84.9	83.7	86.2
Esperanza de vida a los 60 años	15.3	14.7	15.8	23.6	22.2	25.0	27.4	26.4	28.3
Esperanza de vida saludable				69.8	68.4	71.2			
Esperanza de vida saludable a los 60 años				18.6	17.9	19.4			

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2018).

Para obtener una figura más atinada sobre la necesidad de cuidados es necesario analizar datos sobre discapacidad, dependencia y salud de la población en general y, en particular, de las personas mayores y las personas con discapacidad.

Discapacidad y dependencia funcional

El envejecimiento humano se caracteriza por estados de salud complejos, una pérdida paulatina de las capacidades físicas y mentales, y una mayor predisposición a contraer enfermedades (Organización Mundial de la Salud 2015). Estos factores explican por qué, a medida que las personas envejecen, es más probable que pierdan autonomía para realizar actividades básicas que permiten llevar una vida cotidiana independiente, y que requieran del apoyo de otras personas para realizarlas, volviéndose dependientes en términos funcionales. Además de las personas adultas mayores, las personas con discapacidad son una población propensa a requerir ayuda para realizar actividades básicas.

Recuadro 1. Conceptos clave: dependencia y discapacidad

Es importante distinguir entre los conceptos de discapacidad y de dependencia funcional. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a, 2011b) siguen una definición similar, mientras que una definición más clínica se presenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud 2017).

cuidados, ya que excluye a las personas entre 12 y 74 años que requieren cuidados por causa de discapacidad e ignora que algunos niños y adultos mayores realizan tareas de cuidado.

Medir el porcentaje de personas con discapacidad en una población utilizando un concepto tan amplio conlleva muchas dificultades técnicas y, por lo tanto, se utilizan instrumentos resumidos que mantienen una compatibilidad con el concepto general. Un ejemplo es el cuestionario corto del Grupo de Washington (*The Washington Group on Disability Statistics 2017*) que suele ser la base para construir las baterías de preguntas que se incluyen en encuestas o censos para estimar la población con discapacidad. En este contexto se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para realizar actividades que se relacionan con realizar movimientos (como caminar y usar los brazos), actividades sensoriales (como ver y oír) y cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

En contraste, la dependencia se refiere a la situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente. Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo muy elemental incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos. La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación.

Las personas con dependencia son la población objetivo de los servicios de apoyo y de los sistemas de atención a la dependencia. No todas las personas adultas mayores ni todas las personas con discapacidad son dependientes; de hecho, la gran mayoría de ambas poblaciones puede llevar una vida autónoma. (Ver Recuadro 1).

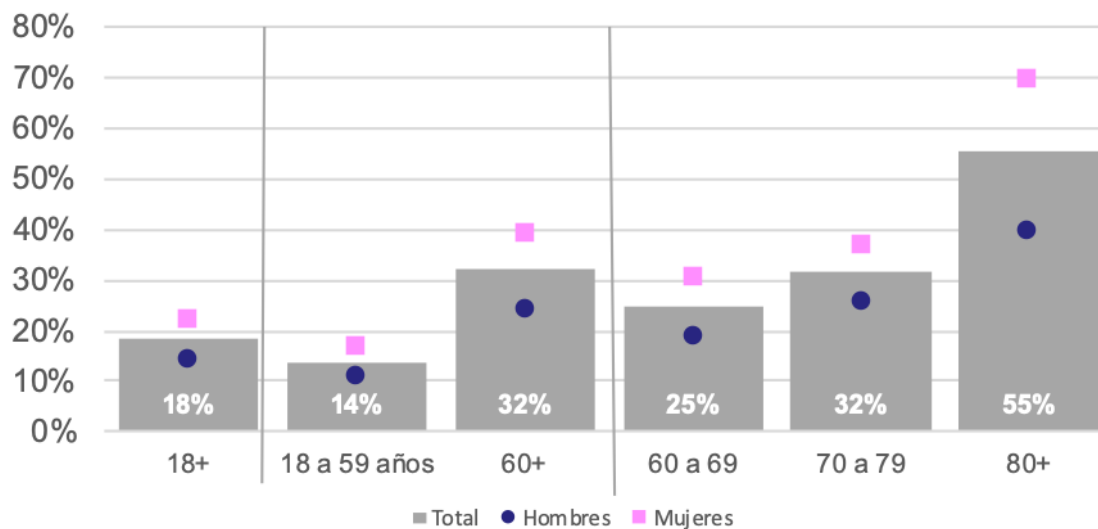
Discapacidad

Se estima que 18% de la población adulta en Costa Rica enfrenta una situación de discapacidad, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Discapacidad 2018. En ocho de cada diez casos, se trata de un grado de discapacidad severo. La prevalencia de la discapacidad aumenta en los grupos de mayor edad, y es mayor entre las mujeres que entre los hombres. La tasa de prevalencia en los adultos de 60 años y más es de 32% y aumenta a 55% en el caso de los adultos de 80 años y más. La brecha de género está presente en todos los grupos de edad, pero es más amplia en los adultos de 80 años y más: 70% de las mujeres tienen discapacidad en comparación con 40% de los hombres. Como referencias internacionales, la Organización Mundial de la Salud, en su informe mundial sobre la discapacidad, estimó la tasa de discapacidad mundial en 15% en 2011 y la compara con los resultados del Estudio Global sobre la Carga de Enfermedad que la ubica en 19% (Organización Mundial de la Salud 2011, 8).

La discapacidad no es un tema exclusivo de los adultos mayores; 58% de las personas con discapacidad son adultos que tienen entre 18 y 59 años⁷. Lo anterior ocurre porque, aunque la prevalencia de la discapacidad entre las personas más jóvenes es menor que en los adultos mayores, el tamaño de la población es considerablemente más grande.

⁷ La ENADIS no permite identificar la discapacidad en las personas menores a 18 años. Sin embargo, los datos de la ENAHO estiman que la prevalencia de la discapacidad en los niños de 0 a 14 años es de 7%.

Figura 3. Porcentaje de la población adulta en situación de discapacidad en 2018



Fuente: Cálculos de los autores con base en la ENADIS.

Recuadro 2. Medición de la discapacidad en Costa Rica

En 2018 el Instituto Nacional de Estadística (INEC) realizó la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENADIS), el primer instrumento en el país que utiliza las recomendaciones metodológicas de la Encuesta Modelo sobre Discapacidad (EMD) de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial 2018). La EMD tiene raíz en el concepto de discapacidad de la CIF y aterriza el concepto de la interacción entre la “capacidad”, que está dada por las condiciones de salud y los posibles impedimentos del individuo, y el “desempeño” que refleja cómo la capacidad interactúa con el ambiente en el que este individuo se desenvuelve, incluyendo el aspecto físico, las actitudes y el entorno sociopolítico. Para medir el desempeño, la encuesta indaga sobre el grado de dificultad que enfrenta una persona para realizar 48 actividades. Para medir la capacidad, se pregunta a las personas sobre el nivel de dificultad para realizar 17 actividades excluyendo toda clase de apoyos y asistencia. Las respuestas sobre la capacidad y el desempeño se registran utilizando una escala. La discapacidad en este enfoque no es una condición dicotómica sino un continuo que va desde el pleno funcionamiento hasta niveles muy altos de discapacidad. Se establecen puntos de corte para identificar si existe o no una situación de discapacidad.

Antes de la ENADIS, varios instrumentos estadísticos incluyeron módulos de preguntas para estimar la prevalencia y describir las características de la población con discapacidad. En estos esfuerzos se incluye el Censo Nacional de Población y Vivienda, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (2018-2019) y otras encuestas especiales, incluyendo la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT).

En resumen, se trata de módulos en los que se indaga sobre si una persona tiene o no dificultad en seis o siete dominios. Dichos dominios se asemejan a los recomendados por el Grupo de Washington (ver Recuadro 1). La condición de discapacidad en estos instrumentos se define como la existencia de al menos una limitación en algún dominio. En ocasiones se limita el número de dominios que puede señalar el encuestador, por ejemplo, la ENUT sólo permite registrar tres limitaciones. Los módulos de preguntas para cada encuesta se muestran en el Anexo 1.

La Tabla A muestra las diferentes estimaciones sobre la prevalencia de la discapacidad que surgen de la aplicación de los distintos instrumentos. Por ejemplo, la prevalencia de la discapacidad en los adultos de 60 y más oscila entre 23% en la ENAH 2018 y 37% en el Censo 2011.

Tabla A. Comparación de la prevalencia de discapacidad medida por varios instrumentos

Instrumento	% población con discapacidad	% de población con discapacidad de 60+	% población con dificultad para ver en la población de 60+	Número de limitaciones que puede registrar el encuestador
CENSO 2011	11%	37%	20%	Sin límite
ENUT 2017	No disponible, sólo para mayores de 60	21%	8%	Sólo 3
ENAHO 2018	7%	23%	5%	Sólo 2
ENADIS 2018	18%* sólo para mayores de 18 años	32%	38%	Sin límite

Nota: Censo: Censo Nacional de Población y Vivienda, ENUT: Encuesta Nacional de Uso de Tiempo, ENAHO: Encuesta Nacional de Hogares, ENADIS: Encuesta Nacional Sobre Discapacidad.

Dependencia

De acuerdo con los datos de la ENADIS (2018), alrededor de 280 mil personas de 18 años y más, podrían estar en situación de dependencia pues enfrentan dificultad moderada o severa para realizar actividades básicas de la vida diaria⁸. Lo anterior representa 8% de la población adulta en el país. La prevalencia de la dependencia es considerablemente más alta entre las personas adultas mayores, alcanzando 15% en el caso de las personas de 60 y más, y 28% en el caso de los adultos de 80 años y más. De manera similar, la tasa de dependencia es más alta entre las personas con discapacidad (36%) y es muy baja en la población sin discapacidad (1%). La prevalencia de la dependencia es más alta entre las mujeres que entre los hombres. Como muestra la Figura 3 esta relación se mantiene en cada uno de los grupos de edad.

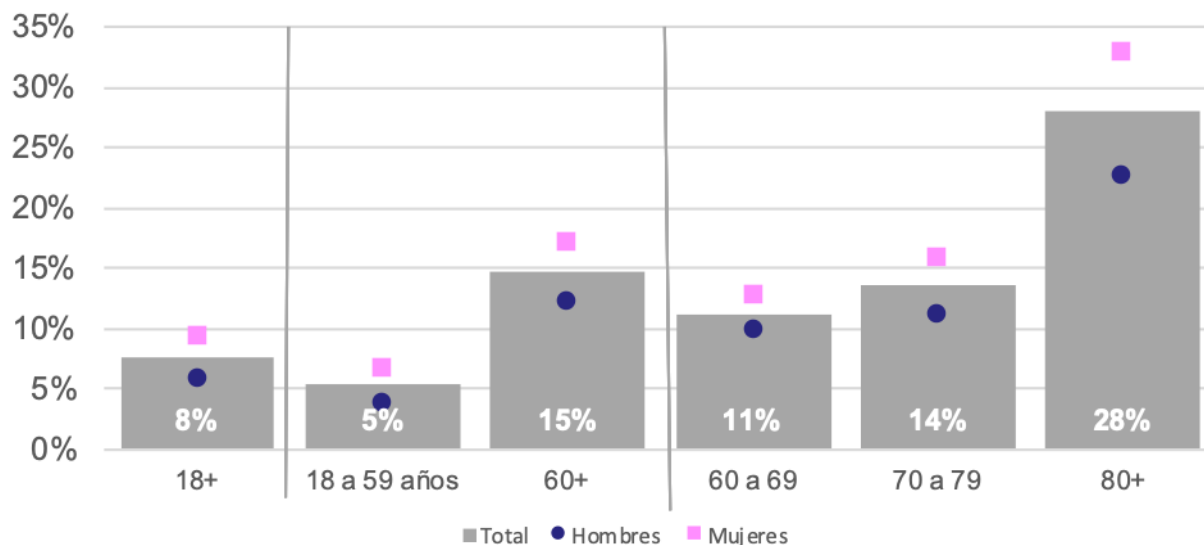
Adicionalmente, el porcentaje de adultos mayores que tienen dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria es de 34%. En total, 36% de los adultos mayores enfrenta dificultades para realizar al menos una actividad básica o instrumental.

Las estimaciones anteriores consideran que una persona no puede realizar de manera autónoma una actividad de la vida diaria (básica o instrumental) cuando declara enfrentar un nivel de dificultad moderado o severo⁹ sin utilizar ningún producto de apoyo (como silla de ruedas, bastón o audífono), servicios (como una persona que le asista), animales de asistencia o medicamentos. Al igual que en Aranco et al. (2018), se considera que una persona tiene dependencia cuando no puede realizar alguna de las actividades básicas. Las tres actividades básicas consideradas en el presente análisis son: acostarse y levantarse de la cama, utilizar el sanitario y alimentarse. Se analizan también las dificultades para realizar actividades instrumentales; en este caso, las actividades incluidas son: manipular objetos pequeños, hacer compras o ir a los servicios de salud y realizar trabajo doméstico incluyendo barrer, cocinar, hacer arreglos y sacar la basura. El Anexo 5 muestra el porcentaje de población que tiene dificultades para realizar cada una de las actividades de la vida diaria por grupo de edad.

⁸ En este documento solamente consideramos las actividades básicas de la vida diaria para medir la dependencia. Esto para promover una comparación con los otros casos de estudio de esta serie. En el caso de Costa Rica se considera que una persona tiene dificultad para "acostarse y levantarse de la cama" únicamente cuando declara enfrentar una dificultad severa (valores 4 y 5).

⁹ Se excluye los casos de las personas que declararon enfrentar cierta dificultad para realizar actividades, es decir, las que contestaron un valor de 2 en una escala donde 1 representa ninguna dificultad y 5 una dificultad extrema o no poder realizar la actividad. En el caso de acostarse y levantarse de la cama se excluyen también a las personas que declaran un valor de 3.

Figura 4. Porcentaje de la población adulta en Costa Rica con dependencia, 2018



Fuente: Cálculos de los autores con base en la ENADIS.

Condiciones de salud de los adultos mayores y las personas con dependencia

Las enfermedades no transmisibles representan el mayor problema de salud en la población de Costa Rica. Su prevalencia es especialmente alta entre los adultos mayores y entre las personas con dependencia. De acuerdo con el Estudio Global sobre la Carga de Enfermedades, 77% de los años de vida saludables (AVISA)¹⁰ que perdió la población costarricense en 2017 se explican por enfermedades no transmisibles; entre los adultos de 60 años y más, dicho porcentaje es aún mayor y llega a 91%. Lo anterior refleja que las enfermedades no transmisibles no solo son las principales causas de muerte, incluyendo muertes prematuras, sino que también desencadenan situaciones de discapacidad y dependencia. Por otro lado, poco más de un tercio de las pérdidas totales de años de vida saludable en el país se explica por muerte prematura o por años vividos con discapacidad entre las personas mayores, a pesar de que solo representan 13% entre la población nacional.

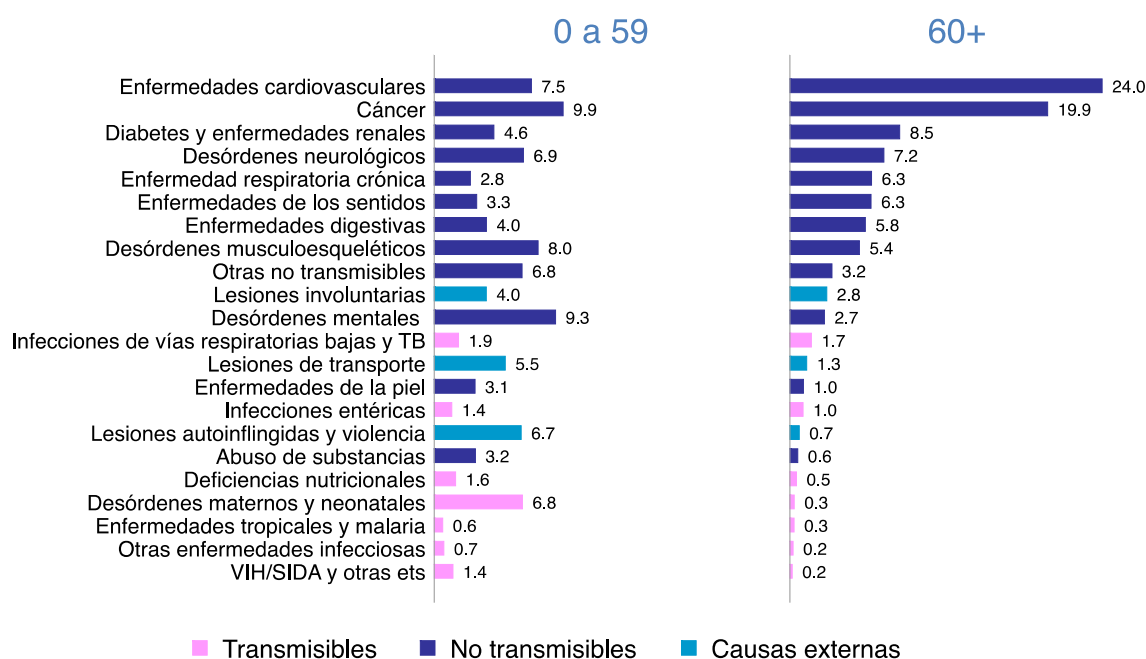
Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de años de vida saludables perdidos por la población mayor de 60 años en Costa Rica y representan 24% de la pérdida de AVISA. La gran mayoría de dichas pérdidas se explican por la enfermedad isquémica del corazón y accidentes cardiovasculares. El cáncer representa 20% de los AVISA perdidos y es la segunda causa de años de vida saludable perdidos entre las personas adultas mayores, así como la primera causa de AVISA perdidos entre la población más joven con 10%. Mientras la proporción de los AVISA que se explican por enfermedades cardiovasculares coinciden con el

¹⁰ La Años de Vida Saludables (AVISA) son una unidad para medir la carga de enfermedad en una población. También son referidos como Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por su traducción literal del inglés (*Disability-Adjusted Life Year-DALY*). La pérdida de años saludables es la suma de los años perdidos por muerte prematura (Años Perdidos por Muerte Prematura, APMP) y de los años vividos con discapacidad (Años Vividos con Discapacidad, AVD). En este contexto, la discapacidad se mide como alguna condición de salud que afecte el funcionamiento del individuo (Chen et al. 2015). Para una explicación sobre el Estudio Global sobre la carga de Enfermedades y la situación de América Latina ver el recuadro 1 en Aranco et al. (2018).

promedio de la América Latina y el Caribe, la proporción que representa el cáncer es mayor que el promedio de ALC de 15%. El Anexo 2 muestra los AVISA por género.

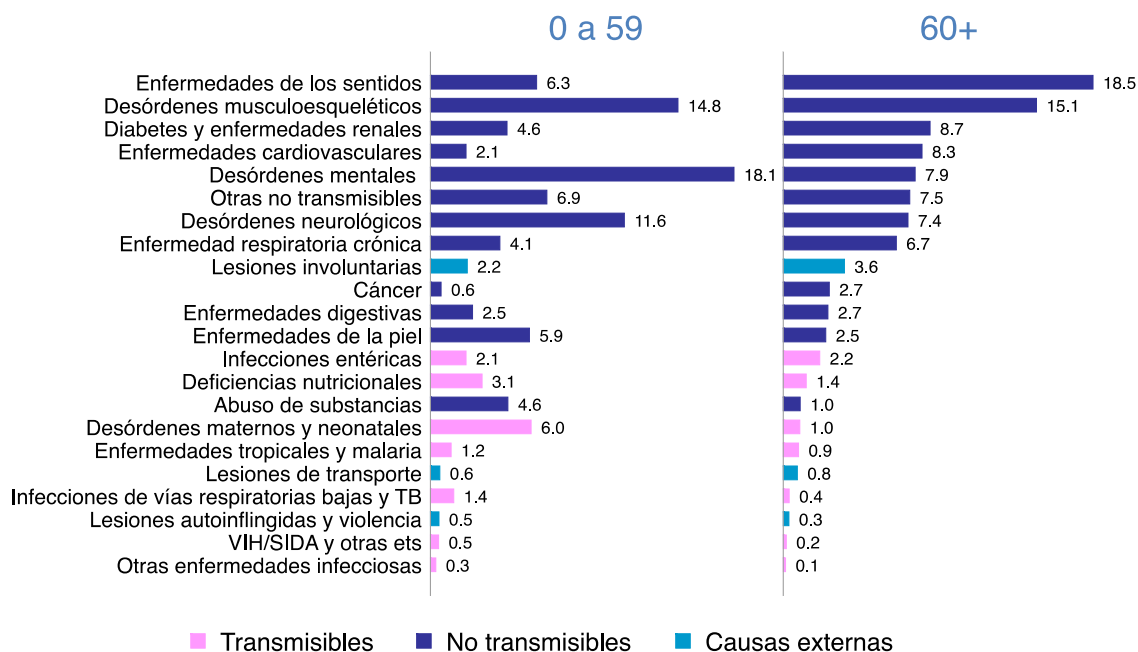
Las principales causas de años vividos con discapacidad son distintas a las principales causas de años de vida saludable perdidos. Las enfermedades de los sentidos son las principales causas de años de vida con discapacidad en la población adulto mayor. En contraste, los desórdenes mentales son la primera causa en la población más joven. Los desórdenes musculoesqueléticos son la segunda causa para ambos grupos de edad. El patrón es similar para hombres que para mujeres. La Figura 6 presenta las principales causas de años vividos con discapacidad para la población de 0 a 59 años y para los adultos de 60 y más. La diabetes y las enfermedades renales, así como el cáncer, son la causa principal de los años vividos con discapacidad en el caso de los hombres adultos mayores. Los desórdenes mentales y neurológicos son ligeramente mayores en el caso de las mujeres adultas mayores. Entre la población más joven las diferencias entre géneros son más amplias: los desórdenes neurológicos son una causa más importante de años con discapacidad entre las mujeres (14% en comparación con 9% en los hombres) y el abuso de sustancias es una causa más relevante entre los hombres (7% en comparación con 3% en las mujeres). (Ver Anexo 3 y Anexo 4).

Figura 5. Años de Vida Saludables perdidos por la población de Costa Rica en 2017



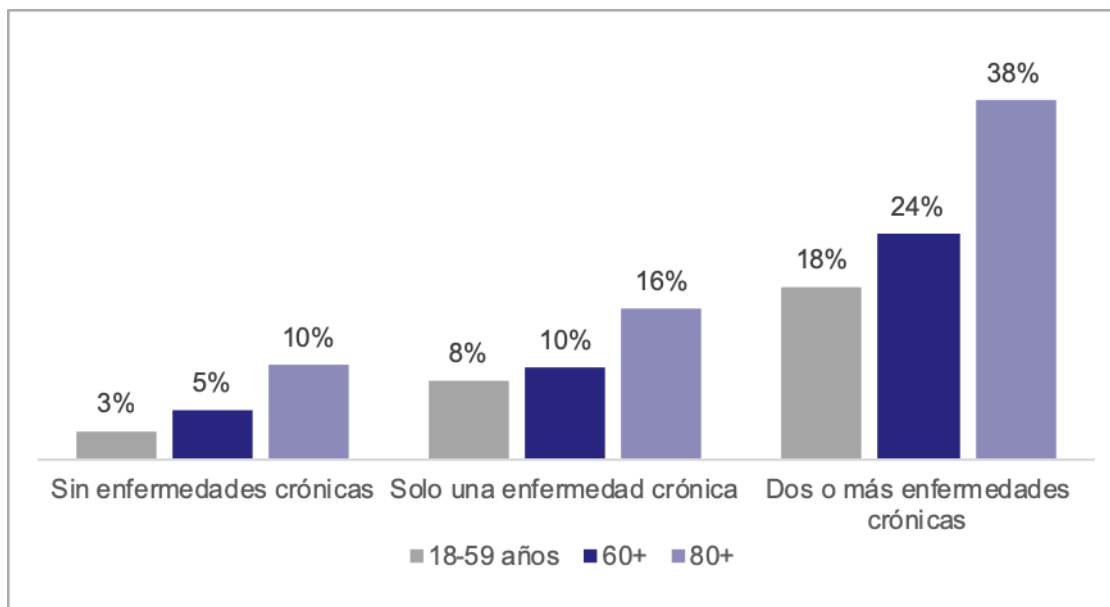
Fuente: Elaboración de los autores con base en los datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad, disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Figura 6. Años de Vida con Discapacidad de la población de Costa Rica en 2017



Fuente: Elaboración de los autores con base en los datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad, disponible en <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Figura 7. Porcentaje de personas en situación de dependencia de acuerdo con presencia de enfermedades crónicas



Fuente: Elaboración de los autores con base en la ENADIS.

Existe una relación fuerte entre padecimientos crónicos y la situación de dependencia; la población que tiene padecimientos crónicos tiene una mayor tasa de dependencia. La tasa de dependencia entre los adultos de 60 y más sin padecimientos crónicos¹¹ es de 5%, mientras dicha tasa es de 10% entre los adultos mayores con un padecimiento crónico y 24% en el caso de las personas con dos o más padecimientos crónicos (ver Figura 7). Dicho lo anterior, la mayor parte de las personas con enfermedades crónicas no tienen dependencia¹², aunque la presencia de este tipo de enfermedades puede ser un factor de riesgo para desarrollar dependencia en un futuro (González-González et al. 2019; Cafagna et al. 2019). Algunas enfermedades crónicas tienen un mayor potencial de afectar la autonomía de las personas, notablemente el Alzheimer. Alrededor de 60% de las personas que han sido diagnosticadas con dicha enfermedad enfrentan dificultades moderadas o severas para realizar actividades de la vida diaria¹³.

La relación entre enfermedades crónicas y dependencia, y la demanda de servicios de atención a la dependencia

De acuerdo con cálculos basados en la ENADIS, el número de personas de 18 años y más que enfrentan dificultades moderadas o severas para realizar actividades básicas de la vida diaria es 280 mil. Esta cifra no considera a las personas que viven en residencias de largo plazo para personas adultas mayores, que se estima en siete mil personas¹⁴. Se espera que el porcentaje de adultos mayores entre la población con dependencia aumente considerablemente en las próximas décadas debido al proceso de envejecimiento de la población, acentuado por el hecho de que la dependencia es más prevalente entre los adultos mayores. Si se mantiene la tasa de dependencia actual, el porcentaje de personas con dependencia que tienen sesenta años y más aumentará de 46% en 2018 a 62% en 2050.

Tabla 2. Reporte sobre la interacción entre dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas por edad de la población

	Población 18+		Población 18-59		Población 60+		Población 80+	
	personas	%	personas	%	personas	%	personas	%
Población total	3,678,047	100.0	2,806,865	100.0	871,182	100.0	146,449	100.0
Sólo dependencia	15,750	0.4	12,770	0.5	2,980	0.3	403	0.3
Sólo discapacidad	143,794	3.9	123,116	4.4	20,678	2.4	2,966	2.0
Sólo crónica	1,010,811	27.5	606,787	21.6	404,024	46.4	49,941	34.1
Dependencia y discapacidad	52,300	1.4	44,583	1.6	7,717	0.9	1,503	1.0
Dependencia y crónica	20,299	0.6	11,922	0.4	8,377	1.0	762	0.5
Discapacidad y crónica	283,310	7.7	142,454	5.1	140,856	16.2	38,174	26.1
Dependencia, discapacidad y crónicas	191,309	5.2	81,439	2.9	109,870	12.6	38,560	26.3
Ninguna situación	1,960,474	53.3	1,783,794	63.6	176,680	20.3	14,140	9.7

Fuente: Estimación de los autores con base en la ENADIS.

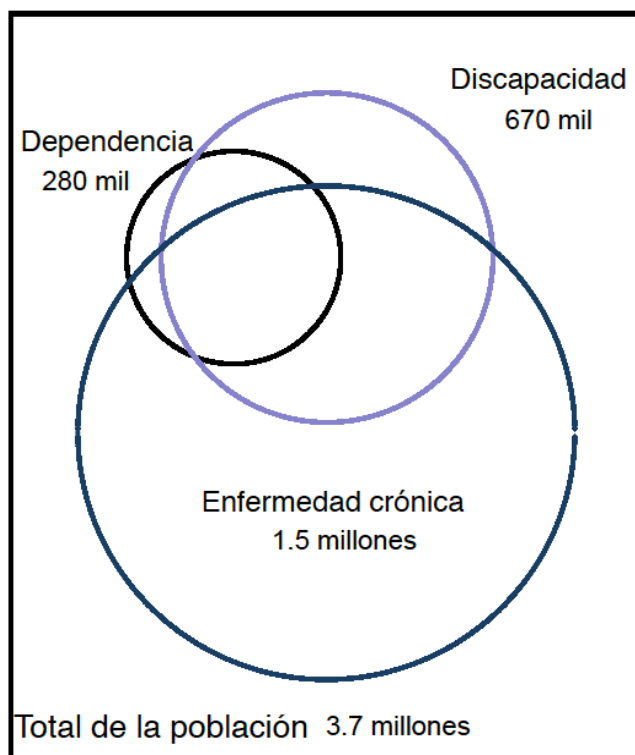
¹¹ En esta lista se incluye la hipertensión, diabetes, artritis, enfermedades del corazón, enfermedad respiratoria crónica, cáncer y Alzheimer.

¹² 86% de las personas de 18 años y más, 82% de los adultos de 60 y más, y 69% de los adultos de 80 y más.

¹³ La tasa de personas diagnosticadas con Alzheimer en Costa Rica es de 1%, y 5% en los adultos mayores.

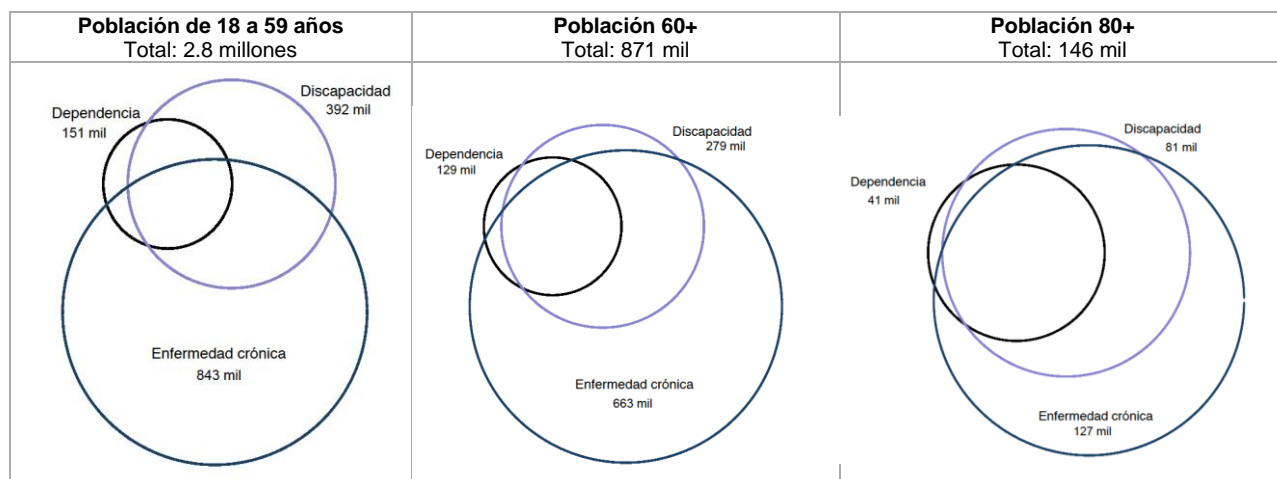
¹⁴ La excluye puesto que la ENADIS es un instrumento aplicado en hogares y no en instituciones. Suponiendo que la proporción de personas que viven en residencias de larga estancia para personas adultas mayores que identificó el Censo de 2011 se mantiene.

Figura 8. Relación entre dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas



Nota: El tamaño de los círculos y del rectángulo representan el número de personas.
Fuente: Estimación de los autores con base en la ENADIS.

Figura 9. Relación entre dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas por edad de la población

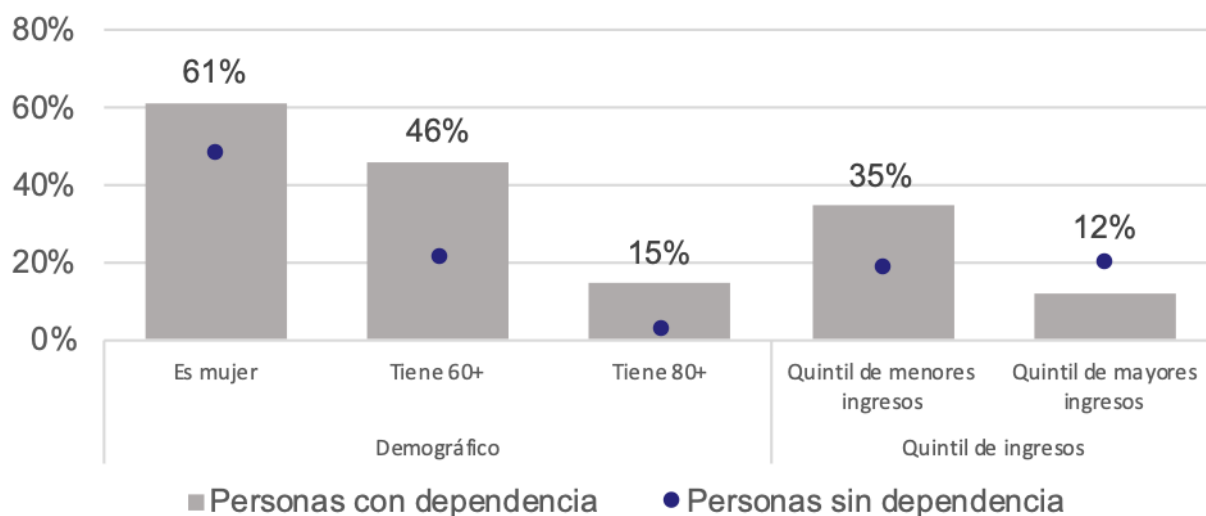


Nota: Los círculos de los grupos de 60+ y de 80+ no están dibujados en la misma escala.
Fuente: Estimación de los autores con base en la ENADIS.

La gran mayoría de las personas en situación de dependencia también enfrentan una situación de discapacidad y/o de padecimientos crónicos. Sin embargo, debe notarse que la mayoría de las personas que padecen enfermedades crónicas (86%) no son dependientes, y que un porcentaje considerable (37%) de las personas con discapacidad también son autónomas. No obstante, la edad juega un papel importante en la autonomía y estos porcentajes se reducen considerablemente entre los adultos mayores de 60 años y aún más entre las personas mayores de 80 años.

Existe una fuerte relación entre dependencia, discapacidad y enfermedades crónicas que además se fortalece con la edad. En la Figura 8 el tamaño de los círculos representa el tamaño de cada una de las tres poblaciones y el rectángulo representa el tamaño de la población total. Puede observarse que la dependencia es una situación más acotada que la discapacidad y que el padecimiento de enfermedades crónicas. La Figura 9 muestra cómo cambian las superposiciones de acuerdo con la edad. Notablemente, a medida que aumenta la edad del grupo etario también aumenta el tamaño proporcional del círculo de la dependencia y disminuye la porción del círculo que representa a las personas con discapacidad que no tienen padecimientos crónicos ni dependencia. Cinco de cada diez personas con dependencia en el rango de edad entre 18 y 59 años también enfrentan discapacidad y enfermedades crónicas. En el caso de las personas adultas mayores con dependencia, la superposición de las tres situaciones es aún mayor: 85% en el caso de las personas mayores de 60 años y 94% en el caso de las personas mayores de 80 años. Ver Tabla 2 para un reporte detallado.

Figura 10. Características de las personas en situación de dependencia



Fuente: Cálculos de los autores con base en la ENADIS.

El porcentaje de mujeres y de adultos mayores es más alto entre la población con dependencia que en el resto de la población costarricense. Además, a medida que avanza el proceso del envejecimiento de la población se espera que tanto el porcentaje de mujeres como de los adultos mayores entre las personas con dependencia aumenten considerablemente (ver Figura 10). En cuanto al nivel socioeconómico, si bien la dependencia es una situación que afecta a las personas de todos los niveles de ingresos, la proporción de personas con ingresos bajos (quintil I) es mayor entre las personas con dependencia y la proporción de personas con ingresos altos (quintil V) es menor.

Características socioeconómicas de la población adulta mayor

La población de adultos de 60 años y más en Costa Rica representa 16% del total de la población en 2018, es decir, alrededor de 800 mil personas¹⁵. La mayoría de las personas adultas mayores del país (56%) aún no cumplen 70 años. Sólo el 15% de los adultos mayores tienen 80 años y más. En más de un tercio (37%) de los hogares costarricenses habita un adulto mayor y en 7% de los hogares habita un adulto de 80 años o más. La mayoría de los adultos mayores habitan en zonas urbanas, al igual que el promedio de la población costarricense¹⁶.

Cerca de nueve de cada diez adultos mayores comparten su hogar con otros adultos, la mayoría con adultos más jóvenes (entre 15 y 59 años). Sin embargo, 13% de los adultos de 60 años y más viven solos, 24% viven en hogares compuestos únicamente por adultos mayores y 1% en hogares que comparten con personas menores de 15 años. Seis de cada diez de los adultos mayores son el jefe del hogar, 24% comparten el hogar con su pareja. El porcentaje de adultos de sesenta años o más que viven solos, el de las personas que han perdido a su pareja (enviudado) y el de personas que viven con sus hijos es considerablemente mayor en el grupo de los adultos mayores de 80 años.

La participación en el mercado laboral decrece considerablemente a partir de los sesenta años; sin embargo, 40% de los hombres y 14% de las mujeres con sesenta años y más continúan activos. Un cuarto de los hombres continúa activo laboralmente en sus setenta. La participación laboral de las mujeres es inferior a la de los hombres durante toda la vida laboral: 90% de los hombres de entre 21 y 59 años están empleados o en busca de trabajo, en contraste con sólo 60% de las mujeres.

Tabla 3. Cobertura de las pensiones en los adultos mayores de 60 años

	Pensión no contributiva			Pensión contributiva		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
60-69	6%	5%	7%	34%	41%	28%
70-79	20%	14%	24%	48%	61%	37%
80 y más	26%	19%	31%	47%	57%	40%

Fuente: ENAHO 2018

La mayoría de los adultos de 65 años y más en Costa Rica reciben una pensión, sin embargo, la menor participación de las mujeres en el mercado laboral se refleja en una menor cobertura de pensiones contributivas. La edad típica para recibir una pensión, contributiva o no contributiva, es de 65 años, aunque algunas personas son elegibles para recibir las pensiones con anticipación¹⁷. Un tercio de las personas de 65 años y más no reciben ninguna pensión,

¹⁵ La ENAHO 2018 estima la población adulta mayor en 794 mil personas, en contraste la ENADIS estima 870 mil. Las estimaciones de Naciones Unidas son de 700 mil. El porcentaje de adultos mayores también es distinto entre las diferentes fuentes.

¹⁶ 73% de la población costarricense habita en zonas urbanas en comparación a 76% de las personas adultas mayores.

¹⁷ La pensión contributiva se puede entregar de manera anticipada a las mujeres de 60 años que han alcanzado 450 cuotas de cotización o a los hombres de 62 años con 462 cuotas, esto es un número de cuotas mayor a las 300 que se requieren para jubilarse a los 65 años. La pensión del régimen no contributivo se entrega antes de los 65 años a: personas con discapacidad que

48% reciben una pensión contributiva y 18% una pensión no contributiva. Una pensión contributiva promedio equivale a 561 dólares (325 mil 250 colones) mensuales, un valor considerablemente más alto que los 134 dólares (78 mil colones¹⁸) que recibe la gran mayoría de las personas en el régimen no contributivo. La Tabla 3 muestra la cobertura de las pensiones a partir de los 60 años.

La pobreza extrema afecta a 5% de los hogares con adultos mayores, adicionalmente, 17% de los hogares viven en una situación de pobreza moderada. Dichos valores son similares al total de los hogares (6% y 15% respectivamente), lo que indica que los hogares con adultos mayores en general no son más pobres que el resto de los hogares. Aunque cabe destacar que la incidencia de la pobreza moderada sí es considerablemente mayor en los hogares con adultos de 80 años y más (22%) que en el total de la población (15%).

no pueden trabajar, huérfanos, mujeres viudas mayores de 55 años en desamparo económico o con hijos menores de 18 años (0-21 si los hijos están estudiando o no trabajan) (Superintendencia de Pensiones 2019).

¹⁸ En 2019, se aumentó el valor de las pensiones no contributivas a 141 dólares mensuales (82 mil colones mensuales).

Sección 2. El papel del gobierno en los servicios de apoyo para personas en situación de dependencia

En años recientes, el gobierno de Costa Rica ha realizado esfuerzos institucionales para la articulación de una red que atienda a las personas mayores y a las personas con discapacidad y, más recientemente, por generar respuestas específicas que permitan abordar integralmente la dependencia. Si bien, hoy no existe un sistema integrado de atención a la dependencia, ni políticas ni programas cuyo foco sea la población con dependencia, el gobierno cuenta con políticas y programas que financian servicios para adultos mayores y para personas con discapacidad, y una proporción importante de dicha población objetivo enfrenta una situación de dependencia funcional.

Por un lado, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) facilita a través de subsidios a los proveedores el acceso a servicios de residencias de larga duración, centros diurnos y visitas al domicilio para personas de 65 años y más. Por el otro, el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), además de acciones destinadas a la promoción y protección de derechos de las personas con discapacidad en diversos entornos, cuenta con el servicio de prestaciones sociales y económicas para personas con discapacidad, mediante el cual entrega transferencias a las familias para facilitar el acceso a servicios de cuidado para personas menores de 65 años con discapacidad. En ambos casos, los programas están focalizados en personas en situación de pobreza y/o vulnerabilidad. Una gran parte de la población en situación de dependencia no es elegible para los servicios y apoyos pues si ingreso supera la línea de pobreza.

Asimismo, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) como ente prestador de los servicios de salud, desarrolla acciones de promoción de la autonomía y prevención del deterioro funcional mediante acciones que se llevan a cabo en los tres niveles de atención, además de otras iniciativas específicas como el alta programada, la atención y hospitalización domiciliar de la persona adulta mayor, y el apoyo a los familiares que cuidan de personas adultas mayores en condición de dependencia que residen en el domicilio.

En este capítulo se presenta la normativa sobre adultos mayores y discapacidad, para después describir el papel actual del gobierno en cuanto a los servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia. En resumen, la normativa antes mencionada aborda el tema de la dependencia, aunque de ninguna manera es su principal punto. Algunas instituciones financian la provisión de servicios de atención a la dependencia, aunque se enfocan únicamente en las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad. En general, los servicios son provistos por instituciones privadas sin ánimo de lucro, empresas privadas y por algunos gobiernos locales.

Normativa y marco institucional sobre adultos mayores

La Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (No. [7935](#)) promulgada en 1999 establece los derechos de las personas adultas mayores¹⁹ de tener una mejor calidad de vida mediante programas que promuevan el acceso a un hogar sustituto u otras alternativas de servicios de apoyo, a educación, participación, vivienda digna, atención de salud, pensiones (contributivas y no contributivas), asistencia social, participación laboral, y protección jurídica ante la violencia. En este sentido, la ley establece responsabilidades específicas de diferentes instituciones públicas. Por ejemplo, el Ministerio de Salud debe promover el acceso a servicios de salud y

¹⁹ Definidas como las personas de 65 años o más.

acreditar a proveedores de servicios, y el Consejo Nacional de Educación debe asegurar la existencia de programas educativos especializados en geriatría y gerontología y también promover el acceso a la educación de los adultos mayores.

En materia de servicios de apoyo a personas con dependencia funcional, el tema central de este documento, la Ley 7935 establece los derechos de los usuarios a servicios prestados en hogares de larga estancia, centros diurnos, u otra modalidad de atención. Estos derechos pueden incluir los orientados a mantener vínculos con familiares y amigos, así como a mantener el poder de decisión de los adultos mayores sobre su salud y sus finanzas personales (ver Tabla 4).

Tabla 4. Derechos de los usuarios de servicios para adultos mayores

<p>Orientados a mantener vínculos con familiares y amigos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionarse afectivamente con sus familiares u otras personas con las que desee compartir; asimismo, recibir sus visitas dentro de los horarios adecuados. • No ser aislada, excepto por causas terapéuticas, para evitar que se dañe a sí misma o perjudique a otras personas. Si se requiriere el aislamiento, deberá ser respaldado por una orden extendida por un equipo profesional competente. La condición de aislamiento deberá revisarse periódicamente. Dicha revisión se hará constar en los expedientes clínicos. • No ser trasladada ni removida del establecimiento sin haberlo consentido, excepto si se le informa, por escrito y con un mínimo de treinta días de anticipación, de que se le va a dar de alta o de la existencia de otras razones para el traslado o la remoción. En ambos casos, las razones del traslado deben quedar fundamentadas en el expediente que, obligatoriamente, deben tener de cada residente o usuario. • Gozar de privacidad durante las visitas de su cónyuge o compañero. Cuando ambos cónyuges o compañeros sean residentes, deberá suministrárseles un dormitorio común, siempre que las facilidades del establecimiento lo permitan. • Circular libremente tanto dentro del establecimiento como fuera de él, siempre que las condiciones físicas y mentales se lo permitan.
<p>Orientados a toma de decisiones sobre su salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser informada respecto de su condición de salud y la participación del tratamiento que requiere. • Oponerse a recibir tratamiento médico experimental y con exceso de medicamentos (polifarmacia).
<p>Sobre el control de sus finanzas personales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir información previa de todos los servicios que presta dicho establecimiento y del costo de estos. • Administrar sus propias finanzas o elegir a una persona para que se las administre y recibir informes trimestrales del responsable de manejarlas. Cuando resida en forma permanente en un hogar o albergue, deberá contribuir con el costo de su estancia hasta con un máximo del noventa por ciento (90%) de su ingreso por concepto de pensión mensual.

Fuente: Artículo 5 de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (No. [7935](#)).

Dos pautas que resaltan en la regulación son la atención integral del adulto mayor y un énfasis en la permanencia en su núcleo familiar y comunidad, donde la atención integral es entendida como una atención que debe satisfacer las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales, y que además considere sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias.

El Consejo Nacional de la Persona Mayor (CONAPAM) es la institución rectora en materia de envejecimiento en Costa Rica y se encuentra adscrita a la oficina de la Presidencia de la República. Es responsable de operar varios programas, y tiene la función de canalizar el

presupuesto público para la operación de establecimientos públicos, privados y mixtos que atienden a adultos mayores. El CONAPAM es dirigido por una junta rectora en la que participan los ministerios de salud, educación pública, trabajo y previsión social, los presidentes ejecutivos de la Junta de Protección Social de San José, del Instituto Mixto de Ayuda Social y de la Caja Costarricense del Seguro Social, además de los representantes de universidades estatales, la Asociación Gerontológica Costarricense, las asociaciones de pensionados y la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano.

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021, de cuya formulación el CONAPAM es responsable, no considera una línea estratégica sobre el tema de servicios de apoyo a la dependencia, pero hace una mención en la línea estratégica de salud integral. Específicamente, considera garantizar la calidad de los servicios de los hogares, albergues y centros diurnos para atender adultos mayores, fomentar la creación de alternativas comunitarias a los cuidados de largo plazo y crear redes de apoyos para las personas que se encargan de apoyar a adultos mayores con dependencia, con la finalidad de que permanezcan más tiempo en el hogar y prevenir el desgaste de la persona que cuida.

En cuanto al marco internacional, Costa Rica apoya la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (2016) “Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida” así como su plan de acción y el plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud (2009) sobre la salud de las personas de edad, incluyendo el envejecimiento activo y saludable. Adicionalmente ratificó la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ley No. [8661](#)).

Normativa y marco institucional sobre las personas con discapacidad

La regulación sobre discapacidad²⁰ en Costa Rica promueve que las personas con discapacidad alcancen su máximo desarrollo, plena participación social y el ejercicio de derechos y deberes, y busca garantizar la igualdad de oportunidades en salud, educación, trabajo, vida familiar, y otros ámbitos (ver Recuadro 3 para un ejemplo de inclusión laboral). En este sentido, no aborda de manera directa el tema de la dependencia y los servicios de apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, aunque al tomar el concepto de autonomía como uno de sus ejes, abre la puerta a su abordaje como parte de este continuo.

La regulación destaca la importancia de las ayudas técnicas y servicios de apoyo, definidos como equipo, software, recursos auxiliares, asistencia personal, y servicios de educación especial requeridos por las personas con discapacidad, para aumentar su grado de autonomía y garantizar oportunidades equiparables de acceso al desarrollo²¹. El reglamento de la ley de igualdad de oportunidades es específico en cuanto al tipo de servicios de apoyo que diferentes sectores (por ejemplo, educación y salud) deben ofrecer a las personas con discapacidad. En el caso de los servicios de educación, se prevé la transcripción a Braille de los libros de texto obligatorio. Además, el reglamento contiene todas las especificaciones para facilitar el acceso al espacio físico y al transporte público, incluyendo las características que debe tener una vivienda adaptada, las características de los sanitarios, las disposiciones para

²⁰ Legalmente, la discapacidad se define en Costa Rica como la condición que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones.

²¹ Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad No. [7600](#) y Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad No. [9379](#).

estacionamientos reservados, y para las banquetas y rampas en el espacio público. Por su parte, la ley de promoción de la autonomía y sus reglamentos²² definen la asistencia personal y establecen el derecho a la autonomía. La Política Nacional en Discapacidad 2011-2021 (No. [36524](#)), coincide con este enfoque hacia la participación plena de las personas con discapacidad.

El Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) es el órgano rector en discapacidad y está en la órbita del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.

Recuadro 3. Herramientas para promover el empleo de personas con discapacidad

La idea de promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado está plasmada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Las herramientas disponibles incluyen cuotas o acción afirmativa e incentivos establecidos por ley. El gobierno de Costa Rica reserva al menos 5% de las plazas en el sector público a personas en situación de discapacidad ([Ley No.8862](#)). En el caso del sector privado ha optado por utilizar incentivos fiscales.

Además, se permite deducir un porcentaje del impuesto a las personas que contraten personas con discapacidad (Ley [No. 7092](#)). Este beneficio considera los sueldos y beneficios del trabajador, así como las adaptaciones al entorno que deban realizarse.

Para acceder a los beneficios es necesario presentar un diagnóstico médico y una valoración funcional del trabajador con discapacidad, así como describir el trabajo que desempeñará especificando si se requiere una adaptación al puesto o al equipo de trabajo que utilizará la persona con discapacidad.

Hacia un sistema de servicios de apoyo a la dependencia

En los últimos años se han realizado esfuerzos institucionales para formar un Sistema Nacional de Cuidados. Sin embargo, no se ha concretado de manera formal un sistema integrado de cuidados de larga duración, con énfasis en la atención de la dependencia (Barahona, Castro, y Gamboa 2017; Jara Maleš, Matus-López, y Chaverri 2019). Los esfuerzos han estado concentrados en la población de menores ingresos, por lo que no se vislumbran como alternativas accesibles para toda la población. Como primer paso, el gobierno de Costa Rica está en el proceso de identificar y ordenar los programas y beneficios públicos para apoyar a personas con dependencia con miras a construir un sistema de cuidados.

En esta sección se describen las acciones que realiza el gobierno costarricense para atender la dependencia. En particular qué instituciones los operan, qué escala tienen los programas, cómo se financian y, finalmente, cómo se promueve la calidad de las prestaciones.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

El CONAPAM facilita el acceso a servicios y otros apoyos para adultos mayores en situación de pobreza a partir de la entrega de transferencias monetarias a instituciones que proveen servicios: organizaciones sin fines de lucro certificadas como instituciones del bienestar social (ver Recuadro 4) y gobiernos municipales. Dichas acciones están enmarcadas en la Red de

²² Reglamento a la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (No. [41087](#)) y el Reglamento para la ejecución de transferencias monetarias a personas con discapacidad destinatarias de los recursos de los programas pobreza y discapacidad y promoción de la autonomía personal ([sin número](#)).

Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica²³, cuyo objetivo es articular y fortalecer una estructura social para desarrollar e implementar una respuesta integral a las necesidades de los adultos de mayores, incluyendo el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud, las necesidades de afecto y socialización, promoviendo al mismo tiempo la permanencia de los adultos mayores en su comunidad. Dicho esto, la cobertura geográfica de los servicios para adultos mayores apoyada por el CONAPAM depende de la organización de la comunidad y del interés de instituciones del bienestar social o de gobiernos locales por implementar estos servicios.

El financiamiento del CONAPAM incluye impuestos generales, contribuciones e impuestos especiales. El Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), dedicado a financiar políticas sociales, debe destinar por ley 2% de sus recursos al CONAPAM (Ley No. [5662](#)), aunque en la práctica destina mayores recursos a través de la firma de convenios específicos. Sus recursos provienen de impuestos generales y de un impuesto equivalente a 5% de los sueldos y salarios. Adicionalmente, la norma de impuestos sobre cigarrillos y licores asigna al CONAPAM 31% de un total de 6 millones de dólares (3 mil 500 millones de colones)²⁴. Los recursos del FODESAF solamente pueden utilizarse para atender a costarricenses o residentes legales, mientras que los recursos de impuestos especiales a cigarrillos y licores también pueden beneficiar a personas sin residencia legal.

Las instituciones sin fines de lucro que gestionan servicios para la comunidad con subsidios del CONAPAM pueden utilizar los recursos para financiar dieciséis alternativas de atención. Una descripción de cada alternativa se presenta en la Tabla 5. Algunas de las alternativas de atención, como la de asistente domiciliar, no están siendo implementadas o tienen una implementación muy reducida.

Recuadro 4. ¿Qué son las organizaciones de bienestar social?

Las instituciones de bienestar social (IBS) son organizaciones sin fines de lucro, que han pasado por un proceso de revisión y de certificación ante el gobierno costarricense. El carácter de “bienestar social” se gestiona ante el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y se refiere a que las acciones de la organización del bienestar dan respuesta a una problemática social detectada y comprobada por estudios y diagnósticos situacionales.

Al menos un 80% de la población usuaria de los servicios de las IBS debe estar en condición de pobreza, riesgo social o abandono. Esto último se verifica a través del Sistema de Identificación de Población Objetivo (SIPO) que utiliza la Ficha de Información Social (FIS), un cuestionario utilizado para recolectar datos socioeconómicos en la vivienda. Un requisito adicional es que la junta directiva de las organizaciones debe ser integrada por voluntarios sin remuneración. El personal que trabaja en estas organizaciones es remunerado y debe ser contratado de manera formal. Una práctica frecuente para contener los costos laborales es convocar a la participación de voluntarios incluyendo estudiantes que realizan prácticas profesionales.

Todas las IBS están registradas en el Registro Nacional de Instituciones y Servicios del Bienestar Social que administra el IMAS. El ser OBS les habilita para recibir apoyo financiero del sector público, principalmente a través de la Junta de Protección Social, CONAPAM y FOEDSAF.

Fuente: Elaboración de los autores.

²³ Más información disponible en el portal oficial de CONAPAM <https://www.conapam.go.cr/red-cuido/>.

²⁴ Ver los artículos 14 y 15 de la Norma sobre Impuestos sobre Cigarrillos y Licores para Plan de Protección Social ([sin número](#)).

El CONAPAM entrega un monto específico a las organizaciones proveedoras de servicios por cada una de las personas que atienden. El monto per cápita varía de acuerdo con el tipo de apoyo y la cantidad de beneficios que recibe la persona. Las organizaciones pueden entregar los apoyos en tres modalidades: hogares de larga duración, centros diurnos o en el domicilio en el caso de la modalidad de red de cuidado. En promedio, las personas reciben dos tipos de apoyo la Tabla 5 muestra los montos máximos por cada tipo de servicio o apoyo.

Se debe subrayar que los montos son considerablemente mayores en el caso de las personas con dependencia en situación de abandono. En 2015, el monto mensual oscilaba entre 580 dólares (330 mil colones) para las personas con grado de dependencia menos severo y 960 dólares (550 mil colones) para las personas con grado de dependencia más severo (FODESAF 2017).

Tabla 5. Servicios o apoyos subsidiados por CONAPAM

Servicio o apoyo	Monto máximo mensual de subsidio per cápita en dólares	Servicio o apoyo	Monto máximo mensual de subsidio per cápita en dólares
Alimentación	\$119	Servicios básicos	\$ 257
Artículos de uso personal e higiene	\$43	Familias Solidarias	\$ 450
Medicamentos e implementos de salud	\$216	Asistente domiciliario	\$305-657
Atención en salud	\$134	Hogares comunitarios	\$450
Productos de apoyo o ayudas técnicas	\$5,399*	Transporte	\$43
Mejoras habitacionales	\$5,399*	Institucionalización	\$447
Equipamiento de casa	\$3,239*	Promoción y prevención de la salud	\$23

Nota: Los apoyos marcados con * se entregan en una sola ocasión y no mensualmente.

Una descripción de cada uno de los servicios se presenta en el Anexo 6.

Fuente: Elaboración de los autores con base en Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2019).

Debe destacarse que el monto per cápita que entrega el CONAPAM está diseñado para cubrir sólo una parte de la atención del adulto mayor. Se espera que las instituciones gestionen recursos adicionales ante otras instituciones públicas (como la Junta de Protección y gobiernos municipales) y que además realicen actividades para generar sus propios recursos. Por ejemplo, en 2015 el costo promedio de la atención de una persona en una residencia de largo plazo se estima en 750 dólares mensuales (431 mil 136 colones) y el monto máximo que cubre el CONAPAM es de 400 dólares mensuales (228 mil 375 colones) (Molina Mora, n.d.).

La mayor parte de los adultos mayores que participan en la red de atención reciben los apoyos en su domicilio. En estos casos, las organizaciones sin fines de lucro o los municipios, mantienen redes de atención que realizan visitas a la comunidad para entregar los apoyos y monitorear al adulto mayor, la frecuencia típica de estas visitas es una vez al mes. El resto de los apoyos se entregan en los centros de día y las residencias de larga duración. De acuerdo con entrevistas en el marco de este documento, las organizaciones sin fines de lucro priorizan que las personas permanezcan en su domicilio y recurren a la atención en instituciones en los casos de las personas más vulnerables o en situación de abandono.

La población objetivo de los programas del CONAPAM está definida por la edad, las condiciones socioeconómicas de las personas y, en algunos casos, por la condición migratoria (CONAPAM 2017b). Los beneficiarios deben ser adultos mayores, es decir, personas mayores

a 65 años²⁵. La situación socioeconómica juega el papel principal en el acceso a los beneficios del CONAPAM. En esta dimensión se considera: situación de pobreza, dependencia, vulnerabilidad y abandono. La situación de pobreza se mide a partir de una la Ficha de Información Social (FIS) que permite construir una prueba de aproximación de medios para estimar el nivel de pobreza. El mecanismo utilizado por el CONAPAM y las instituciones sin fines de lucro para gestionar la información socioeconómica de los adultos mayores y administrar los subsidios, es el Sistema Integrado para la Persona Adulta Mayor (SIPAM). La situación de dependencia es evaluada por la Organización de Bienestar Social utilizando la Tabla de Valoración de los Grados de Dependencia, que es un cuestionario basado en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud). La vulnerabilidad se puede medir desde diferentes ángulos: 80 años o más, no poseer una vivienda (o tener una de mal estado), tener una enfermedad terminal o un grado severo de dependencia, vivir solo o en pareja sin otras personas en el hogar, no tener hijos (o que estos estén en situación de pobreza, enfermos o con algún grado de dependencia) y la carencia de redes de apoyo. El abandono, por su parte, está definido por los criterios técnicos de un trabajador social. Los beneficios se priorizan a las personas que no tienen movilidad y autonomía. Con base en dichos criterios se determina si el potencial beneficiario es elegible o no para recibir los servicios y bajo qué modalidad. Luego, la valoración de la institución sin fines de lucro –que incluye la aplicación de la Tabla de Valoración– debe tomar en cuenta los otros criterios relacionados con vulnerabilidad, a fin de determinar el grado de apoyo requerido, el monto de la subvención que corresponde y el tipo de plan de intervención individual que se debe formular para programar esa atención.

En 2018, el CONAPAM dedicó 36.3 millones de dólares (0.06% del Producto Interno Bruto) a realizar transferencias monetarias para facilitar el acceso a servicios para adultos mayores en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, lo que representa 94% del presupuesto total de la institución. Los gastos administrativos representan 4% del presupuesto de CONAPAM. En 2019 el presupuesto para las transferencias para compensación de servicios ofrecidos por organizaciones sin fines de lucro y municipios es de 31.5 millones de dólares (18 mil 276 millones de colones).

Tabla 6. Presupuesto ejercido por CONAPAM en 2018

Descripción	Colones	USD	% del presupuesto
Transferencias para subsidiar servicios para adultos mayores (Construyendo lazos de solidaridad)	\$20,800,842,442	\$36,329,542	94%
Gastos administrativos (Administración Central)	\$822,322,139	\$1,436,220	4%
Promoción del envejecimiento activo incluyendo la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (Envejeciendo con calidad de vida)	\$485,897,068	\$848,640	2%
TOTAL	\$22,109,061,649	\$38,614,401	

Nota: entre paréntesis aparece el nombre de la línea presupuestal
Fuente: (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor 2019b).

²⁵ Con excepción de las personas en situación de agresión y/o abandono en las que el límite de edad es 60 años.

Tabla 7. Personas atendidas con los subsidios de CONAPAM 2018

Modalidad	Personas atendidas	%
Red de cuidado	13,832	77%
Hogares de larga estadía	2,074	12%
Centros diurnos	1,397	8%
Personas en condición de abandono y situación de calle	707	4%
Total	18,010	100%

Nota: Red de Cuido se refiere a entrega de apoyos en el domicilio y no a asistencia personal.
Fuente: (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor 2019b).

Tabla 8. Número de instituciones que reciben subsidios de CONAPAM 2017

	Instituciones	
	No.	%
Atención en el domicilio y comunitaria	57	40%
Hogares y albergues	73	51%
Centros diurnos	57	40%
60 años y abandono	10	7%
	144	

Fuente: (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor 2017a).

Como muestra la Tabla 6, en 2018 el CONAPAM subsidió la atención de 18 mil personas en servicios para adultos mayores. La atención domiciliar es la principal modalidad de atención, 77% de las personas atendidas recibieron apoyos en su domicilio. En 2017, el número de instituciones que recibieron transferencias por parte de la CONAPAM para proveer servicios fue de 144. La mitad participaron como proveedoras de servicios en hogares de larga estadía y albergues y un 40% ofrecieron servicios de atención en centros diurnos y domiciliar (Tabla 7). Muchas de las instituciones reciben subsidios en más de un tipo de servicio. La mayor parte de las instituciones que reciben subsidios para la provisión de servicios para adultos mayores son entidades privadas sin fines de lucro, aunque en 2017, once gobiernos municipales²⁶ recibieron financiamiento del gobierno central para operar redes de cuidado, es decir visitas al domicilio. En 2019, las transferencias dirigidas a organizaciones sin fines de lucro representan 96% de los recursos presupuestados y el resto están orientados a transferencias a gobiernos municipales.

Consejo Nacional de Personas con Discapacidad

El Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS) tiene un alcance mucho más amplio que los servicios para apoyar a las personas con dependencia. Aunque no es su actividad principal, sí provee subsidios para acceder a servicios y apoyos. La población objetivo de las acciones de protección son las personas con discapacidad menores a 65 años en

²⁶ El gobierno municipal es la autoridad que rige los cantones. Existen 82 cantones en el país.

situación de riesgo social, vulnerabilidad, abandono y pobreza. Cuando una persona que recibe apoyos de CONAPDIS cumple 65 años, debe ser referida al CONAPAM para su atención.

Los servicios se financian de fuentes similares al CONAPAM: a partir del Fondo Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), de la Ley de impuestos a licores, cervezas y cigarrillos (No. [7972](#)), y de la Junta de Protección Social.

El plan operativo anual de 2019 contempla un presupuesto de 14 millones de dólares para el programa de transferencias monetarias dirigidas a personas en situación de pobreza y discapacidad y el programa de autonomía personal de las personas con discapacidad (Consejo Nacional de Personas con Discapacidad 2019b, 33). Lo anterior incluye 7.8 millones de dólares financiados por FODESAF para subsidios directos a 1,442 personas con discapacidad en situación de pobreza y en una condición de abandono para financiar alternativas residenciales. Dichas alternativas incluyen residencias privadas para personas con discapacidad, familias solidarias (que acogen a personas con discapacidad), hogares multifamiliares donde los integrantes tienen discapacidad, además de residencias institucionales (Consejo Nacional de Personas con Discapacidad 2019a, 50). Además, incluye 2.4 millones de dólares financiados por FODESAF y la Junta de Protección Social dirigidos al programa de asistencia personal que, a la fecha de publicación de esta nota, no había sido puesto en marcha.

Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social

En Costa Rica, el acceso a la salud es universal y gratuita para los usuarios. El Ministerio de Salud es el ente rector en materia de salud en el país, lo cual significa que es responsable de brindar directrices que resultan relevantes para la salud pública y el funcionamiento del sistema de atención. Por su parte, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es la institución pública predominante en la prestación de servicios de salud. Sus responsabilidades incluyen financiar, comprar y prestar los servicios. La CCSS tiene una fuerte base contributiva, pero también recibe fondos del estado para financiar la atención a la población pobre y a las personas no aseguradas. La CCSS organiza sus servicios en una red de prestadores que funciona en tres niveles. El primero y más importante es el nivel de la atención primaria cuya piedra angular son los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). El segundo nivel lo integran clínicas mayores, hospitales periféricos y regionales. Y en el tercer nivel se ubican las unidades que prestan servicios médico-quirúrgicos de alta complejidad, entre los que se incluyen el Hospital Nacional Psiquiátrico y el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Raúl Blanco Cervantes²⁷.

Tanto desde el Ministerio de Salud como desde la Caja se han formulado instrumentos orientados a reforzar las acciones para atender a la población adulta mayor. La necesidad de implementar un sistema de prestación de atención de largo plazo es uno de los ejes de la Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable impulsada por el Ministerio de Salud (2018). En dicho documento se plantea como base del modelo una alianza entre las personas mayores, las familias, las comunidades, los distintos proveedores de atención y los sectores público y privado.

En este sentido, se prevé que el sector público, de manera directa o mediante alianzas público-privadas (APPs), se encargue de la prestación de servicios, especialmente en el caso de la población más vulnerable. Se plantean cuatro acciones estratégicas orientadas a

²⁷ Más detalles sobre el sistema de salud están disponibles Organización Panamericana de la Salud (2017).

establecer las bases de un sistema de atención y a promover el desarrollo de redes de atención integrada a los adultos mayores: (i) identificar y articular los servicios de salud, sociales y comunitarios que comprende la atención a la dependencia de largo plazo; (ii) regular la prestación de servicios; (iii) fortalecer la capacitación y el apoyo psicosocial a los cuidadores familiares; y (iv) promover el acceso a tecnologías enfocadas en potenciar la capacidad funcional y el bienestar de las personas con dependencia.

Por su parte, la CCSS ha puesto en funcionamiento la Política Institucional para la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor que tiene por objetivo fortalecer la prestación de servicios institucionales para el abordaje integral de los aspectos relacionados con la persona adulta mayor, procurando enfrentar de mejor forma las demandas asociadas al envejecimiento poblacional del país. Esta política hace referencia explícita a la identificación de riesgo de pérdida de capacidad funcional y a la valoración funcional como intervenciones focales del primer nivel de atención, así como a la planificación de cuidados de largo plazo y la adecuación de los servicios de salud. Incluyendo el fortalecimiento de la atención ambulatoria incluyendo atención domiciliar y hospitalización domiciliar. Parte de este esfuerzo corresponde al programa de normalización de la atención a la persona adulta mayor. Con una visión de integración de servicios para la atención integral de la persona mayor, se consideran varias acciones que implican la interacción de los servicios de la CCSS con otros actores encargados de servicios de atención a la dependencia, como los centros diurnos, residencias para adultos mayores y con las propias personas que cuidan, principalmente los familiares del adulto mayor. Esta coordinación con el CONAPAM y con organizaciones sin fines de lucro encargadas de operar instituciones y redes de atención al adulto mayor le permite a la CCSS. De hecho, con frecuencia el personal médico de la CCSS acude a algunas residencias o centros diurnos a prestar atención médica a los usuarios que ahí se atienden.

Uno de los puntos de colaboración más importantes, es hacer frente a las situaciones de abandono de adultos mayores en hospitales, conocidas como hospitalizaciones sociales. En estos casos, se busca derivar a las personas adultas mayores abandonadas en centros médicos a hogares de larga estadía de la red de CONAPAM. Sin embargo, esto puede demorar meses por falta de espacios disponibles. La permanencia en hospitales implica riesgos de salud para la persona adulta mayor y también costos muy elevados para el sistema de salud. Por ejemplo, la atención de un paciente en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología tiene un costo promedio de 850 dólares diarios (CONAPAM 2019a).

Adicionalmente, el Ministerio de Salud, como se detalla más adelante, regula y monitorea que las residencias de adultos mayores y los centros diurnos cumplan con estándares mínimos de calidad.

Junta de Protección Social

La Junta de Protección Social es un actor importante en el financiamiento servicios y ayudas para los adultos mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad. La función de la Junta es administrar loterías, juegos de azar y la prestación de servicios en los camposantos y canalizar los excedentes generados por estas actividades al financiamiento de servicios dirigidos a la población en pobreza o vulnerabilidad. Entre las poblaciones identificadas como beneficiarias de sus acciones, la Junta identifica explícitamente a las personas mayores de escasos recursos económicos, que no cuentan con opciones adecuadas de cuidado en el entorno familiar o que, por carecer de estas redes, deben ser localizadas en una alternativa residencial.

En específico, en materia de adultos mayores y en coordinación con el CONAPAM, la Junta financia proyectos específicos desarrollados por organizaciones formalmente establecidas que cuentan con y/o apoyan un servicio de atención integral de personas adultas mayores de escasos recursos económicos, y cuyo objetivo sea atender un ámbito de bienestar y calidad de vida de las personas atendidas. Es así como distribuye recursos a hogares y centros diurnos para adultos mayores y a algunas instituciones específicas como la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO) y la asociación Pro Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología “Dr. Raúl Blanco Cervantes”. Además, puede financiar programas para personas en situación de discapacidad. Junto con subsidiar los servicios entregados por estas entidades, la Junta entrega directamente ayudas técnicas a personas con discapacidad y adultos mayores, o suscribe convenios marco con entidades privadas sin fines de lucro para canalizar la distribución de las ayudas a través de ellas.

En 2017, la Junta de Protección Social dedicó 20.6 millones de dólares a la gestión y a proyectos específicos de residencias de larga duración y de centros diurnos, además de los recursos canalizados a AGECO y al Hospital Raúl Blanco Cervantes (Junta de Protección Social, n.d.).

El papel del gobierno promoviendo la calidad de los servicios

El actual marco normativo que rige las políticas y da estructura a los servicios que entregan distintas instituciones incluye una serie de normas que promueven la calidad de la atención a adultos mayores en los establecimientos. Sin embargo, no existen normas específicas que regulen los servicios destinados a la atención de la situación de dependencia o establezcan estándares de calidad en los procesos de provisión.

Los establecimientos públicos, privados y mixtos que brindan servicios de apoyo a las personas adultas mayores deben obtener un permiso por parte del Ministerio de Salud y estar acreditados conforme a la Ley General de Salud, y se realizan inspecciones periódicas para asegurar el cumplimiento. La regulación es más específica en el caso de los hogares de larga estancia para personas adultas, pues establece reglas claras sobre los recursos humanos, la planta física, la documentación, registro, gestión y manejo de la información, así como sobre seguridad e higiene (ver Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores No. [37165-S](#) y la [guía de inspección](#))²⁸.

Las organizaciones sin fines de lucro que reciben financiamiento público deben obtener una certificación como Instituciones del Bienestar Social. Dicha certificación requiere que las organizaciones tengan una personalidad jurídica vigente y que el personal esté contratado de manera formal. El CONAPAM puede realizar inspecciones, sin embargo, una de las debilidades institucionales que se identifican es que no hay espacio legal para intervenir en las

²⁸ Por ejemplo, en cuanto a los recursos humanos la normativa indica que los hogares de larga estancia deben tener una persona dedicada a la coordinación y responsable de área administrativa, personal de cocina con un curso de manipulación de alimentos, y personal de limpieza. En promedio, se debe mantener al menos una persona encargada del cuidado básico de la persona adulta mayor por cada 10 usuarios. Todas las personas que trabajan en el hogar deben contar con capacitación en el trato del adulto mayor. Los menús deben estar confeccionados por un profesional en nutrición incorporado al Colegio de Nutricionistas. Adicionalmente, el hogar debe tener acceso garantizado a los servicios públicos de salud a una distancia no mayor de 10 kilómetros. O bien, tener acceso a un profesional en medicina, enfermería y trabajo social con capacitación o formación en gerontología e incorporados a sus colegios profesionales correspondientes. Ver Anexos A y B del Decreto 37165 para más detalles sobre planta física y mobiliario.

organizaciones donde encuentra anomalías y pocos recursos para implementar sistemas de seguimiento y evaluación (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor 2017).

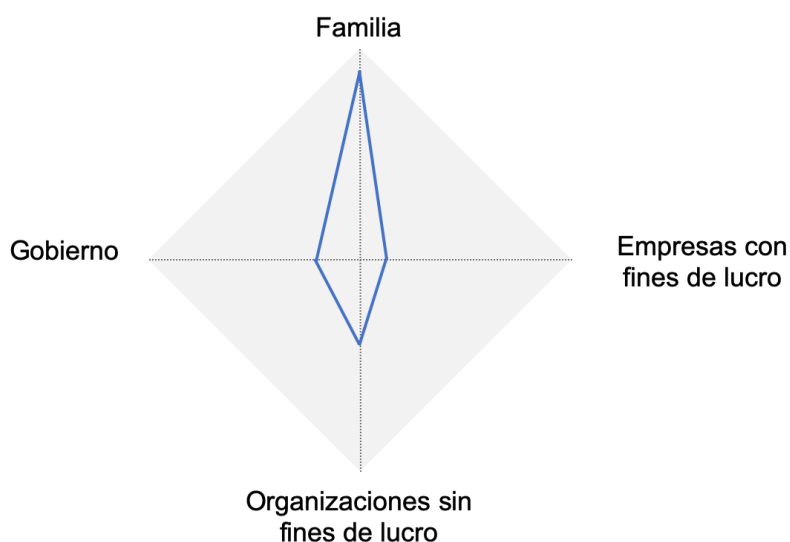
A modo de resumen de esta sección, el gobierno de Costa Rica promueve el acceso a servicios para adultos mayores y personas con discapacidad, incluyendo servicios de atención a la dependencia a través de subsidios. Sin embargo, dichos esfuerzos están enfocados en la población en situación de pobreza y vulnerabilidad social. Los programas operan bajo una lógica de responsabilidad compartida en la que las familias son las principales proveedoras de atención a la dependencia y las organizaciones sin fines de lucro proveen servicios a la población más pobre y vulnerable. Para este fin, las organizaciones solicitan financiamiento económico o en especie a diferentes instancias del gobierno incluyendo CONAPAM, CONAPDIS, la Junta de Protección, gobiernos municipales, donantes nacionales e internacionales, además de realizar actividades propias para recaudar fondos. No se identificaron programas del gobierno para favorecer el acceso a servicios por parte de personas con ingresos medios ni altos. Existen estándares de calidad en cuanto a recursos humanos y planta física que aplican a todos los establecimientos públicos y privados. No obstante, no está establecido un sistema de seguimiento con uso de indicadores enfocados en verificar la calidad de la atención que se brinda. Una excepción es la certificación de los hogares de larga duración por parte del Ministerio de Salud, sin embargo, los indicadores se enfocan en insumos (planta física, recursos humanos) y no en los procesos y los resultados.

Sección 3. Oferta de servicios de cuidados a la dependencia en adultos mayores

Los servicios de atención a la dependencia pueden ser diversos en cuanto al objetivo que persiguen. Algunos pueden orientarse a prevenir el deterioro y preservar capacidades funcionales para lograr el desenvolvimiento autónomo de las personas por el mayor tiempo posible. Otros pueden enfocarse en asistir a personas que ya tienen un nivel de deterioro funcional importante y están expuestas a mayores riesgos. Y otros enfocarse en la atención de las personas completamente dependientes para asistirlos en la etapa final de su vida con cuidados paliativos y de alivio del dolor. Todas estas expresiones del cuidado tienen en común que las acciones de apoyo y asistencia pueden ser importantes para mejorar el bienestar y la seguridad de la persona y, en última instancia, su condición de salud.

Si pensamos en la suma de todos los servicios de atención a la dependencia a los adultos mayores en Costa Rica y los organizamos en el marco conceptual del “diamante del cuidado” podríamos observar una figura similar a la Figura 11, donde la mayor parte de la atención es provista por las familias. De acuerdo con la ENADIS, 89% de las personas que cuidan son parte de la familia o amigos que apoyan sin remuneración. Observaríamos que en este diamante también existe un número limitado de servicios ofrecidos por organizaciones sin fines de lucro con una base comunitaria (aunque únicamente para las personas en pobreza) y un mercado privado creciente pero aún pequeño de servicios enfocados en la población de altos ingresos y en atraer extranjeros.

Figura 11. Aplicación del diamante de los servicios de atención a la dependencia en Costa Rica



Fuente: Adaptado de la aplicación de Razavi (2007).

El estado tiene una presencia muy limitada como proveedor directo de servicios, con excepción de la red de servicios de atención en salud a cargo de la CCSS. Tanto el gobierno central como algunos gobiernos municipales canalizan recursos (económicos y en especie) a organizaciones sin fines de lucro para que provean servicios de atención a poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad.

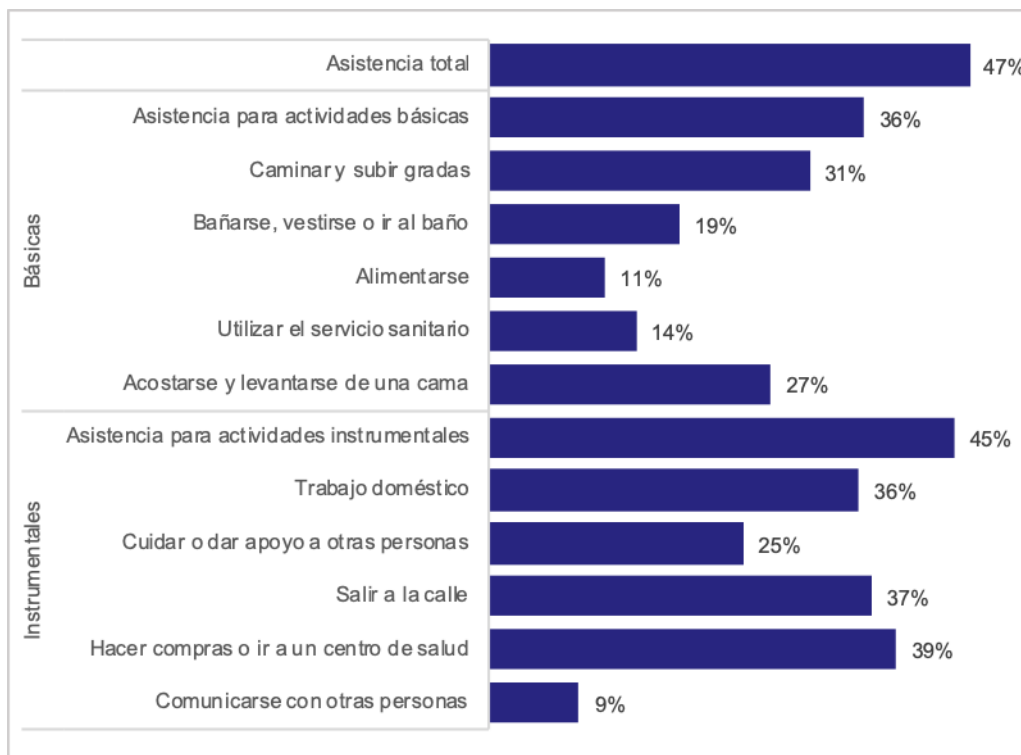
Cerca de 338 mil personas, que representan el 9% de la población de 18 años y más en Costa Rica, declararon recibir asistencia de otra persona²⁹ para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria muchas veces o siempre, de acuerdo con la ENADIS 2018³⁰. Solamente cerca de la mitad de las personas en situación de dependencia (47%) reciben asistencia personal como se muestra en la Figura 12³¹. Esto podría explicarse por varias razones, por ejemplo, que las personas no están recibiendo la ayuda que requieren, porque a pesar de enfrentar una dificultad no requieren de ayuda de terceros o porque utilizan productos que les permiten superar las dificultades. Aunque también podría ser porque enfrentan un grado de dependencia más leve que el umbral que se utiliza en esta nota técnica para identificar a las personas en situación de dependencia.

²⁹ Incluye asistencia proporcionada por familiares y por personas que reciben remuneración.

³⁰ La pregunta solamente se aplica a las personas que indican tener una dificultad para realizar alguna actividad sin utilizar apoyos. Esta serie de actividades es más amplia que las actividades básicas e instrumentales que se utilizan en el resto de este documento. Además de ellas incluye: caminar, subir gradas, bañarse y vestirse, en el caso de las básicas. En el caso de las instrumentales incluye también cuidar o dar apoyo a otras personas, salir a la calle y comunicarse con otras personas. Se considera únicamente a las personas que reciben asistencia intensa; si se considera también a las personas que reciben asistencia en pocas ocasiones, el porcentaje total de personas que reciben asistencia personal es de 12%, equivalentes a 454 mil personas.

³¹ Adicionalmente, algunas personas que no están en situación de dependencia (considerando los umbrales establecidos en esta nota técnica) reciben asistencia personal.

Figura 12. Porcentaje de personas con dependencia que reciben asistencia, por tipo de asistencia



Fuente: Elaboración de los autores con base en la ENADIS.

La mayor parte de las personas que reciben asistencia personal están satisfechas con la intensidad de la asistencia que reciben. Sin embargo, el 25% de las personas que reciben asistencia indicaron requerir mayor asistencia. Esto incluye a personas que ya reciben asistencia, pero necesitan más (11%) y a personas que actualmente no reciben asistencia y les gustaría recibir (14%)³².

La gran mayoría de las personas que brindan cuidados son mujeres. De acuerdo con ENADIS, ellas representan 69% de las personas que brindan asistencia personal frecuente sin remuneración y 90% de las personas que reciben remuneración³³.

Aunque esta nota técnica se enfoca en los servicios de atención a la dependencia, es importante remarcar que, además de dichos servicios, el uso de productos y servicios de apoyo pueden aumentar la autonomía de las personas. Lo anterior incluye, por ejemplo, bastones, pañales, anteojos, y equipos de cómputo adaptados³⁴. Tres cuartas partes de las personas con dependencia utilizan productos y servicios que les apoyan a disminuir las dificultades que

³² Para este cálculo se considera a todas las personas que reciben asistencia personal, aún si es poco frecuente.

³³ Estos números se refieren a asistencia frecuente, pero son sumamente consistentes a asistencia esporádica. Las cifras podrían variar dado que la ENADIS solo permite analizar al cuidador principal.

³⁴ La lista de apoyos y productos que menciona la ENADIS en esta pregunta es mucho más amplia e incluye: complementos nutricionales, muletas, andaderas, silla de ruedas y vehículo adaptado, cama ortopédica, colchón anti escaras, audífonos, prótesis u órtesis, inodoro portátil, silla de baño, zapatos ortopédicos, perro guía, material de lectura en braille, aplicaciones o programas para computadoras y equipos móviles, intérprete en Lesco y tablero de comunicación.

enfrentan en su vida diaria³⁵. Más del 70% de las personas con dependencia que utilizan productos de apoyo indican que el uso de dichos apoyos le facilitan la vida completamente o mucho. Esto podría explicar, al menos en parte, el que no todas las personas requieran de asistencia personal para desempeñar sus actividades de la vida diaria a pesar de enfrentar dificultades.

Servicios de atención a la dependencia remunerados

Existe una oferta de servicios de atención a la dependencia y cuidados formales en Costa Rica, aunque no se cuenta con un censo o un mecanismo para cuantificar de manera precisa el número de organizaciones que los entregan ni el número de personas a las que atienden. Por un lado, existen organizaciones sin fines de lucro que están enfocadas en la atención a las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad. Por otro lado, existe también un mercado creciente de organizaciones con fines de lucro que ofrecen servicios para población de ingresos medios y altos, que además busca atraer extranjeros (ver Tabla 9). Sin embargo, el número de instituciones que prestan servicios es impreciso. Esta sección está centrada en los servicios enfocados a adultos mayores a falta de información sobre servicios enfocados en la población más joven con dependencia.

Un indicador sobre el número de organizaciones sin fines de lucro trabajando en servicios de atención a la dependencia es que, en 2017, el CONAPAM entregó subsidios a 144 organizaciones sin fines de lucro para atender a adultos mayores a través de redes de atención en el domicilio, residencias y centros de día. El número de personas atendidas por estos servicios con financiamiento de CONAPAM en 2018 fue de 18 mil. Entrevistas con actores locales indican que a menudo las organizaciones sin fines de lucro atienden a una población aún mayor. Como se mencionó en la Sección 2, el monto que reciben por parte del CONAPAM no es suficiente para cubrir los costos de atender a una persona, por lo que las instituciones deben gestionar recursos adicionales con donantes y/o generar recursos propios. En general las organizaciones sin fines de lucro no solicitan copagos de parte de los adultos mayores o de los familiares. Adicionalmente, dichas organizaciones se benefician del trabajo de voluntarios, incluyendo personas que ofrecen su tiempo por decisión propia, estudiantes que buscan realizar las horas de servicio social obligatorias y personas que por una sentencia judicial deben cumplir con horas de servicio social.

En cuanto al número de organizaciones con fines de lucro, el Directorio de Empresas y Establecimientos 2018, realizado por el INEC, identificó alrededor de 40 instituciones de servicios para adultos mayores incluyendo instituciones con alojamiento, centros de día y residencias con servicio de enfermería. Debe tenerse en cuenta que este número podría incluir a algunas instituciones sin fines de lucro, aunque se esperaría que este fuera un número reducido, pues el directorio excluye a las instituciones en las que más de la mitad de los recursos provienen del estado. Por otro lado, este conteo excluye a las empresas y a los individuos que ofrecen servicios de asistencia personal en el domicilio. Las empresas que ofrecen servicios suelen entregar una combinación de ellos, por ejemplo, mezclar cuidado diurno, residencial, apoyo en el domicilio y cursos las personas que cuidan. Los servicios buscan ser altamente personalizados para adaptarse a las necesidades de las personas con dependencia.

³⁵ Aquí se incluyen otras actividades elementales además de las que en este texto se consideran básicas e instrumentales. Más de la mitad de la población adulta sin dependencia también indicó utilizar al menos un producto de ayuda.

Tabla 9. Participación de los sectores en la provisión de servicios de atención a la dependencia remunerados

Tipo de servicio	Descripción general de los servicios	Sector público	Sector privado con fines de lucro	Sector privado sin fines de lucro
Servicios en instituciones	Son servicios prestados en instalaciones que incluyen alojamiento además de un paquete integral de servicios de apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y, usualmente, servicios de salud más complejos. Las residencias a largo plazo se orientan a personas con un nivel severo de dependencia.		✓	✓
Servicios de asistencia en el hogar	Son servicios prestados en el lugar donde reside la persona. El eje de esta categoría de servicios es la presencia de un asistente personal que apoya en la realización de actividades básicas e instrumentales. Además, se pueden incluir servicios de ayuda para la realización de tareas domésticas y entrega de alimentos. Generalmente, se enfocan a personas con un nivel de dependencia moderado o leve.	✓ (Municipios)	✓	✓
Servicios en Centros de día	Son servicios que se brindan en instalaciones que no incluyen alojamiento. Los centros de día usualmente se enfocan en actividades preventivas y recreativas y no en brindar apoyo para realizar actividades de la vida diaria; por lo tanto, en muchos casos, se utilizan como complemento a los servicios en el domicilio. Su población objetivo son personas con dependencia leve o sin dependencia.	✓ (Municipios)	✓	✓
Servicio de teleasistencia	Son servicios brindados a distancia a través de tecnologías de información. Debido a que los servicios de teleasistencia no resuelven la necesidad de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, se suelen considerar como un complemento a los servicios en el domicilio. Están usualmente dirigidos a personas con dependencia leve y/o con enfermedades crónicas.		✓	
Servicios para personas que brindan servicios de apoyo	Los servicios para personas que cuidan incluyen servicios de capacitación, asesoría y respiro. Estos últimos consisten en relevar de forma temporal al cuidador para permitir su descanso.	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración de los autores. La fuente de las descripciones se basa en Cafagna et al. (2019).

Servicios en instituciones

La regulación de Costa Rica define a los hogares de larga estancia como establecimientos que ofrecen, además de alojamiento, servicios de higiene personal, apoyo en actividades de la vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición, y estimulación mental; dichos establecimientos deben contar con una junta directiva o gerencia, un coordinador administrativo y la respectiva persona encargada del cuidado básico de la persona adulta mayor con la finalidad de ofrecer una atención y un ambiente de seguridad de pertenencia y protección durante las 24 horas (Decreto No. [37165-S](#)).

El porcentaje de adultos de 60 años y más que viven en residencias de larga duración es pequeño. El Censo de 2011 identificó 4 mil personas viviendo en instituciones, equivalente al

0.9% de la población de adultos de 60 años y más. Esto es un porcentaje más alto que en la mayoría de los países de América Latina donde el promedio es 0.5% (Sanders 2019). Si suponemos que el porcentaje se ha mantenido, en 2018 el número de adultos mayores en residencias de larga duración sería al rededor de 7 mil personas³⁶.

Servicios residenciales ofrecidos por el sector privado con fines de lucro

Existe una oferta limitada de residencias privadas con fines de lucro. Sin embargo, este un nicho de la economía plateada enfocado en la población con altos ingresos en Costa Rica y en atraer a personas extranjeras, principalmente de Estados Unidos, aunque también de otros países de América Latina y de Europa.

Una de las instituciones más representativas en este sector es Verdeza³⁷, una residencia para adultos mayores que brinda paquetes de atención integral que se adaptan a las preferencias y necesidades del adulto mayor o de su familia. La residencia también cuenta con espacios adaptados para atender a personas con demencia y dependencia severa (por ejemplo, pacientes postrados). Alrededor de 40% de los residentes requiere de asistencia básica para sus actividades básicas de la vida diaria. Sólo la mitad de las personas que requieren asistencia la requieren de manera intensa. El costo para los usuarios de vivir en Verdeza comienza en 2 mil 150 dólares mensuales, sin embargo, es considerablemente más alto cuando se agregan servicios de atención a la dependencia. *Senior Care Costa Rica*³⁸ es otro ejemplo de residencias para adultos mayores que ofrece asistencia para realizar actividades de la vida diaria. Su mercado meta son personas de Estados Unidos. El precio de los servicios incluyendo asistencia para actividades de la vida diaria inicia en 2 mil 750 dólares mensuales en habitación compartida y en 3 mil 500 en habitación privada. En el caso de atención para personas con demencia el precio inicia en 3 mil 950 mensuales.

Servicios residenciales ofrecidos por el sector privado sin fines de lucro

En 2018, más de 60 organizaciones sin fines de lucro recibieron subsidios para atender a 2 mil 700 personas adultas mayores en situación de pobreza o abandonados en residencias de larga duración. En general este perfil de vulnerabilidad socioeconómico coincide con personas con alto grado de dependencia funcional y, en muchos de los casos, con múltiples padecimientos crónicos, incluso en etapa terminal. En algunos casos, los residentes han sido trasladados de un hospital a una residencia de larga duración. Con esta complejidad, la atención puede tener un mayor costo. Las entrevistas realizadas en el contexto de esta nota sugieren que el costo podría superar mil dólares mensuales por paciente.

Servicios de asistencia personal en el hogar

En este grupo de servicios se considera el apoyo de un asistente personal para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La asistencia personal se define en el Reglamento a la Ley para Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (No. [7600](#)) como el o los apoyos ofrecidos por una persona denominada asistente personal a una persona con discapacidad que haya calificado como receptora de dicha asistencia, en las actividades de la vida diaria necesarias para que la persona con discapacidad ejercite en igualdad de condiciones su derecho a la autonomía personal.

³⁶ Considerando la población estimada de adultos mayores en 794 mil personas con base en la ENAHO 2018.

³⁷ Más información en <http://verdeza.com>

³⁸ Más información en <http://www.seniorcarecostarica.com>

Además, se define a los asistentes personales como personas capacitadas y remuneradas. En la práctica no existen mecanismos efectivos para asegurar que las personas que realizan cuidados estén capacitadas.

Servicios de asistencia personal ofrecidos por el sector privado con fines de lucro

Con base en la ENADIS, se estima que al menos 28 mil cuidadores no familiares reciben un pago regular (en dinero o en especie) por brindar asistencia personal en el domicilio³⁹. Ocho de cada diez de dichos cuidadores son mujeres. No existe información adicional en la ENADIS para caracterizar a estos trabajadores entre los que se incluyen cuidadores que trabajan por cuenta propia y trabajadores que son parte de una agencia.

Se identificaron algunas empresas que ofrecen servicios de asistentes personales en el domicilio incluyendo la franquicia internacional de *Homewatch CareGivers*, Cuidarte, Assista y Agencia Kalaan⁴⁰. Los paquetes de cuidado del adulto mayor suelen ofrecer una combinación de apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria con servicios de enfermería e incluso de atención médica en el domicilio. También se identificaron anuncios de empleo en bolsas de trabajo para realizar cuidado de personas adultas mayores.

Servicios de asistencia personal ofrecidos por el sector privado sin fines de lucro

Existen algunos servicios de asistencia personal muy acotados en el contexto de la Red de Cuido del CONAPAM, mencionada en la Sección 2 como atención en el domicilio. Se trata de visitas al domicilio por parte de organizaciones sin fines de lucro para entregar apoyos y algunos servicios muy puntuales en el domicilio. Por ejemplo, durante la visita se puede prestar un servicio de salud específico, seguimiento a las necesidades y entrega de apoyos como pañales o equipo. Durante las entrevistas para realizar este documento se identificó que además de la Red de Cuido algunas organizaciones realizan trabajo en la comunidad, incluyendo visitas al domicilio o servicios a través de unidades móviles o en instalaciones públicas. En 2018, alrededor de 70 organizaciones sin fines de lucro⁴¹ atendieron a casi 14 mil personas.

Servicios en centros de día

En el contexto de Costa Rica los centros diurnos son servicios de atención integral a las personas adultas mayores que se ofrecen en instituciones, y difieren de los servicios institucionales porque no ofrecen alojamiento. Algunos de los servicios que pueden ofrecer los centros incluyen: alimentación, entrega de apoyos a población en pobreza, atención médica básica, actividades recreativas, ocupacionales y de estimulación mental y física. Esto contrasta con los centros diurnos en otros países que suelen enfocarse en actividades lúdicas para personas autónomas o con dependencia leve. Un ejemplo interesante son los centros diurnos

³⁹ Dicha estimación es conservadora pues asume solo un cuidador remunerado por cada una de las personas que declaró dar un pago regular por servicios de asistencia intensa para realizar las siguientes actividades: caminar, subir gradas, bañarse y vestirse, alimentarse, utilizar el servicio sanitario, acostarse y levantarse, servicio doméstico y asistencia para realizar compras y acudir a los servicios de salud. Los datos de la ENADIS indican que 35% de las personas que reciben asistencia intensa tienen más de un cuidador, sin embargo, no indaga sobre sus características. La estimación excluye a 11 mil cuidadores familiares que reciben una remuneración.

⁴⁰ Más información en <http://costarica.hwcglat.com>, <https://www.assistacr.com/>, <https://www.agenciakalaan.com/quienes-somos.html> y <https://www.cuidartecr.com/cuidoadultosmayores>.

⁴¹ Aquí se incluyen 11 gobiernos municipales.

utilizados como un punto para atender a las personas con deterioro cognitivo, con un enfoque terapéutico y de rehabilitación (ver Recuadro 5).

Las estadísticas del CONAPAM indican que existen, por lo menos, unas 60 instituciones sin fines de lucro que brindan atención a personas adultas mayores en centros diurnos. En 2018, esta red brindó servicios a mil 700 personas. El perfil de las personas atendidas es de personas autovalentes o con dependencia leve, sin embargo, las instituciones realizan esfuerzos y adecuaciones (por ejemplo, pedir al familiar que permanezca con el adulto mayor) para mantener la atención al adulto mayor cuando su nivel de dependencia aumenta. Adicionalmente, se identificaron algunos centros de día o servicios diurnos en instituciones con fines de lucro.

Recuadro 5. Atención para personas con padecimientos neurocognitivos

Las personas con Alzheimer y otras demencias en etapa avanzada pueden requerir de asistencia permanente para realizar sus actividades básicas y mantener su cuidado personal. En esta etapa, las personas pierden la capacidad de responder a su entorno, de conversar y, por último, de controlar movimientos. Esto hace particularmente desgastante la atención de personas con este padecimiento.

Se estima que 40 mil personas padecen Alzheimer o deterioro neurocognitivo en Costa Rica, lo que equivale a cerca del 5% de la población adulta mayor. Aún se necesitan más esfuerzos para tener una estimación más exacta de su prevalencia, aunque en el marco de la iniciativa 10/66 del Grupo de Investigación de la Demencia de la Asociación Internacional del Alzheimer se han dado pasos importantes en este sentido. El título de esta iniciativa llama la atención sobre el hecho de que a pesar de que 66% de las personas con Alzheimer viven en un país con ingresos medios y bajos, solo 10% de la investigación es acerca de ellos. El mensaje es que mientras mejor se conozca una enfermedad y a quiénes les afecta, es más probable desarrollar servicios adecuados y de calidad para atenderla.

En 2014 se lanzó el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y Demencias Relacionadas de Costa Rica con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con demencias, sus cuidadores y sus familiares. La Asociación Costarricense de Alzheimer y Otras Demencias Asociadas (ASCADA), en asociación con otros actores, ha impulsado acciones específicas para concretar las medidas incluidas en ese plan, específicamente: las clínicas de memoria, la casa del cuidador y capacitación para personas que cuidan.

Las clínicas de memoria son un espacio de estimulación cognitiva para personas mayores con el objetivo de ejercitar y mantener sus habilidades, así como ralentizar el deterioro cognitivo. El Programa La Casa del Cuidador es un espacio especialmente creado para asistir a quienes cuidan a personas con Alzheimer y donde se les ofrece contención emocional, orientación y algunas opciones recreativas. Estas acciones de apoyo se complementan con una línea de formación continua para las personas cuidadoras, orientada a entrenar competencias que les permitan desenvolverse mejor en ese rol y, al mismo tiempo, cuidar adecuadamente del bienestar y la propia salud.

Un ejemplo de las alianzas que se pueden generar para que estos modelos de atención integral para personas con demencias y las personas que los cuidan sean una realidad es la experiencia del Centro Diurno El Tejar. Se trata de una asociación sin fines de lucro que ofrece estos servicios orientados a personas de bajos recursos, incluyendo a las personas que se atienden en el marco del CONAPAM y a personas externas que brindan un copago. También ofrece capacitación a otras organizaciones sin fines de lucro para ofrecer dichos servicios.

Otro socio que hace parte de esta innovadora alianza es el Hogar Bello Horizonte, un espacio especializado de atención geriátrica integral diseñado especialmente para brindar cuidados a las personas mayores, incluyendo la atención de aquellas con deterioro cognitivo producto del Alzheimer y otras demencias, y también la entrega de cuidados paliativos para las personas dependientes

severas. Funciona con las dos modalidades, centro diurno y hogar de larga estancia, y forma parte de la red de organizaciones trabajando a favor de las personas con Alzheimer y otras demencias.

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social cuenta con un modelo de atención multidisciplinario para el abordaje integral de pacientes que presentan fallas de memoria y que se implementa en los diferentes centros médicos de su red. Es una alternativa que, junto con ofrecer exámenes especializados para la realización de diagnósticos, ofrece algunas alternativas de tratamiento, al contar con geriatras, neurólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales o profesionales de enfermería. Dada la necesidad de mejorar el acceso al diagnóstico de enfermedades neurocognitivas, conocidas generadoras de dependencia funcional, y de contar con mejores opciones de tratamiento, el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias Relacionadas, establece no solo el objetivo de estimular y fortalecer las estructuras clínicas que permiten diagnosticar y ofrecer tratamiento, sino concretamente plantea la necesidad de contar con más clínicas de memoria.

Nota: Más información disponible en los portales oficiales de ASCADA <https://ascadacr.wordpress.com>, Centro Diurno El Tejar <https://centrodiurnodeeltejar.org/index.php/clinica-de-memoria> y Hogar Bello Horizonte <https://www.hogarbellohorizonte.com/>

Servicios de teleasistencia

Los servicios de teleasistencia se refieren a la aplicación de tecnologías de la información para proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en casos de emergencia. Se identificaron un par de organizaciones con fines de lucro que ofrecen el servicio de teleasistencia. TOCHmobile⁴², una empresa costarricense que ofrece un servicio de atención en caso de emergencia integrado a un teléfono celular simple y fácil de usar por adultos mayores. El servicio celular también tiene geolocalización y está integrado a un expediente médico. Además, la franquicia de *Homewatch CareGivers*, enfocada en atención a domicilio con asistentes personales ofrece también un servicio de teleasistencia.

Servicios para personas que brindan servicios de apoyo

Existe una oferta de cursos de capacitación para apoyar a las personas que cuidan a personas en situación de dependencia ofrecidos tanto por empresas, organizaciones sin fines de lucro y algunos gobiernos incluyendo el Hospital Nacional Geriátrico y gobiernos locales. El objetivo de dichos cursos es mejorar la calidad del cuidado, desarrollando habilidades en los familiares que se dedican al cuidado de personas en situación de dependencia y también apoyarlos para administrar mejor la responsabilidad de cuidar al tiempo de atender su salud y sus necesidades.

Un esfuerzo enfocado al cuidado de personas con demencia es la Casa del Cuidador impulsada por la Asociación Costarricense de Alzheimer y otras Demencias Asociadas (ASCADA) (ver Recuadro 5). Dicha organización planea llevar a cabo un proyecto para ofrecer servicios de respiro en un futuro.

Otros servicios

Existen otras figuras de atención que podrían ubicarse en una categoría intermedia entre servicios en instituciones y en el domicilio, puesto que la atención se presta en una vivienda particular, pero no es la vivienda del adulto mayor. Los hogares solidarios son hogares

⁴² Más información disponible en el portal de la empresa <http://www.tochmobile.com>.

voluntarios que reciben personas adultas mayores en situación de pobreza y riesgo social con dependencia, y les brindan alojamiento, alimentación, apoyo con las actividades diarias e integración a la familia a cambio de la entrega de una compensación económica del CONAPAM. La familia puede o no tener vínculos familiares con el adulto mayor. Otra alternativa, aunque sólo funciona de manera temporal, son los hogares comunitarios que consisten en una vivienda de alquiler compartida por un grupo de hasta cinco adultos mayores que reciben la atención de una persona cuidadora. Los servicios que reciben incluyen alojamiento, alimentación, dinámica familiar y atención de necesidades. Ambas modalidades de atención también están disponibles para personas adultas mayores independientes siempre y cuando estén en condición de pobreza y riesgo social. Ver Anexo 6.

Las personas con dependencia pueden acceder a ayudas técnicas a través de la Caja Costarricense del Seguro Social con recursos del CONAPAM, para promover su independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. Esto también es posible a través de una línea de financiamiento de la Junta de Protección Social. En ambos casos, es posible acceder, por ejemplo, a productos de ayuda y dispositivos para incontinencia, anteojos, prótesis, sillas de ruedas, sillas de baño, bastones, camas ortopédicas y colchones especiales. Adicionalmente, las modalidades de atención del CONAPAM incluyen mejoras habitacionales a viviendas privadas propiedad del adulto mayor (o de sus familiares) orientadas a favorecer la independencia del adulto mayor para realizar actividades de la vida diaria y para disminuir riesgos (por ejemplo, de caídas). En esta categoría se incluyen instalación de barandales, adecuación o construcción de baños y dormitorios y pisos antideslizantes. Ver Anexo 6.

Cuidados a la dependencia no remunerados

La gran mayoría de las personas con dependencia vive en la comunidad y recibe apoyo no remunerado de parte de familiares y amigos para realizar actividades de la vida diaria. Más de 300 mil personas prestan apoyo frecuentemente a algún familiar o amigo para realizar actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria⁴³. En la mayoría de los casos la persona que cuida es hijo o hija (43%) o cónyuge (32%) de la persona con dependencia.

Los datos de la Encuesta de Uso del Tiempo indican que poco más del 2% de los adultos en edad de trabajar dedican tiempo a apoyar a personas con dependencia definidas como personas con dificultades físicas, mentales, enfermedades permanentes o de edad muy avanzada, que no les permita realizar actividades por sí mismas y, por lo tanto, dependen de otra persona que destine tiempo diariamente para su apoyo. Dicho porcentaje es considerablemente mayor en el caso de las mujeres (3.44% de las mujeres en edad de trabajar).

En promedio, los cuidadores familiares dedican siete horas a la semana a atender a las personas con dependencia. Los datos sugieren que en promedio las mujeres dedican considerablemente más horas a la semana que los hombres y que además las personas que no trabajan dedican más horas que las que trabajan. El porcentaje de las personas que no trabajan es mayor en el caso de las personas ocupadas en dar cuidados, especialmente en las mujeres: 69% de las cuidadoras no trabajan en comparación a 47% de las mujeres que no declararon prestar cuidados.

⁴³ La ENADIS 2018 solo permite identificar las características del cuidador principal. En este análisis se excluyen casi 11 mil cuidadores familiares que reciben una remuneración en especie o monetaria.

Sección 4. Análisis y perspectivas del sistema de cuidados

Las condiciones demográficas de Costa Rica sitúan al envejecimiento y la dependencia como factores de presión para el desarrollo de políticas sociales y sanitarias, y de una oferta de servicios para la atención de las necesidades generadas por estas condiciones. Sin embargo, el país tiene elementos para avanzar en el desarrollo de un sistema de cuidados de largo plazo. Cuenta con instituciones robustas, un seguro público de salud de amplia cobertura, un marco normativo favorable y una visión de los derechos sociales que hacen factible la adopción del tema de atención a la dependencia. El desafío consiste en desarrollar un sistema formal de cuidado que gire en torno a la dependencia y organice e integre los esfuerzos que actualmente constituyen bases importantes, pero que todavía adolecen de altos grados de segmentación y dispersión. Imprimir mayor racionalidad al sistema, ofrecer una nueva rectoría y un marco articulador que le dé mayor sentido a los esfuerzos de coordinación, permitiría satisfacer el doble objetivo de hacer más eficiente al sistema en su conjunto y facilitar que las personas con dependencia accedan a servicios de cuidado de calidad.

En el resto de esta sección de cierre sintetizamos el estado actual del país en cuanto a cuatro elementos que deben ser tomados en cuenta para diseñar un sistema de cuidados: población beneficiaria, oferta de servicios, calidad de los servicios y financiamiento.

Sobre la población beneficiaria

Para avanzar en la dirección de un sistema de cuidados existe un importante espacio de mejora en la definición y la identificación de la población objetivo. La oferta de programas financiados actualmente por el gobierno no se enfoca en atender a la población con dependencia. Los criterios de elegibilidad giran en torno a la situación de pobreza o de vulnerabilidad social, destacando la condición de abandono. En ese sentido, lo más importante es desarrollar e implementar una definición del concepto de dependencia, aunque también existen espacios de mejora en cuanto a la priorización y al mecanismo para captar usuarios del sistema.

En el mundo, los sistemas de cuidados de largo plazo que cuentan con un mayor nivel de estructuración han incorporado algún mecanismo de identificación de limitaciones y capacidades funcionales con el propósito de determinar cuál es el tipo de apoyo requerido y cuál resultaría la mejor modalidad para brindar esa asistencia (Medellín et al. 2018). No se trata sólo de determinar si la persona califica para una residencia de largo plazo, por ejemplo, y así administrar mejor las plazas disponibles en hogares, centros o familias de acogida. Se trata de determinar cuáles son los apoyos específicos que las personas requieren, y la identificación de la severidad de la dependencia y de las condiciones en que las personas viven, ya que esta es la base para conformar lo que genéricamente se denomina un plan integral de cuidados.

En rigor, no se ha definido de manera oficial la condición de dependencia en Costa Rica ni existe un instrumento único para medirla. Incluso aquellos programas que incorporan el uso de cuestionarios para caracterizar las capacidades y funcionalidades de las personas no necesariamente utilizan variables que permitan medir el nivel de dificultad asociado a cada funcionalidad, ni tampoco el nivel de severidad de la dependencia detectada para determinar la intensidad del apoyo y el tipo de asistencia que se debe entregar. En la actualidad, la valoración del grado de dependencia de las personas que reciben fondos públicos es una tarea encomendada a las Instituciones de Bienestar Social y, aunque existen directrices y orientaciones técnicas sobre qué instrumentos aplicar y con qué procedimientos, existe un alto grado de discrecionalidad en la forma en que esto se concreta y en el nivel de sistematicidad

con que se realiza esa valoración (Pérez Noguera y Avendaño 2017). Dado que el monto per cápita que se entrega a las organizaciones que prestan servicios a personas adultas mayores se relaciona con el grado de dependencia, la valoración de la dependencia debiera sustentarse en instrumentos sensibles.

Por otro lado, en cuanto a la valoración de la dependencia, los protocolos de atención de la persona adulta mayor en el sistema público de salud cuentan con valiosas orientaciones técnicas sobre cómo detectar dependencia, por ejemplo, en el ámbito hospitalario se aplica el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel 1965) y la Medida de Independencia Funcional para identificar el nivel de dependencia y el tipo de atención que requiere la persona. Cabría analizar qué posibilidades hay de potenciar el uso de dichos instrumentos en el contexto de la atención primaria (EBAIS) como parte de la entrevista clínica a la persona mayor, para que además de la identificación de algunos riesgos en salud se pueda clasificar a las personas dependientes según la severidad.

También es relevante analizar la eficiencia de los mecanismos de selección de personas y asignación de beneficios, en la doble perspectiva de la evaluación de la elegibilidad (cómo se determina quiénes califican para recibir qué prestaciones o asistencias) y la prioridad (con qué criterios se establece a quiénes se le asignan primero esos beneficios). Los programas y servicios conocidos hasta ahora son claros en establecer sus criterios de elegibilidad, pero no es claro cómo operan los criterios de priorización.

La naturaleza y la severidad de la dependencia son los criterios que deberían ser los más importantes a ser considerados para establecer la prioridad en la atención. Aunque los criterios de pobreza y de vulnerabilidad socioeconómica también pueden jugar un papel, sobre todo cuando se trata de movilizar recursos de la asistencia social y prestaciones económicas que complementen un plan integral de cuidados.

Finalmente, es importante desarrollar mejor los aspectos operativos del modelo en cuanto a la captación de la población objetivo. En primer lugar, la estrategia para buscar a las personas que pueden requerir asistencia y apoyo a los cuidados debe incorporar algunas prácticas proactivas de búsqueda e identificación de usuarios prioritarios. En la actualidad, las personas interesadas en recibir los beneficios existentes, si toman conocimiento de ellos, deben solicitar ser consideradas. Por su parte, cada organismo ejecutor busca activamente a sus potenciales beneficiarios, pero sólo si necesita cubrir las plazas disponibles para su atención. Si bien es importante que el mecanismo de identificación de beneficiarios tenga diversos canales y estrategias, se debe prever también que la falta de proactividad del modelo no termine por dejar fuera a los que más requerirían atención.

Sobre la oferta de servicios

En el caso de Costa Rica el sector privado es el principal oferente de servicios remunerados de atención a la dependencia, incluyendo a empresas y organizaciones sin fines de lucro. El papel del gobierno se ha centrado en entregar subsidios a organizaciones sin fines de lucro o a familias para la compra de servicios.

Rumbo a la construcción de un sistema de cuidados que no esté acotado a las personas en pobreza o vulnerabilidad social, el reto en cuanto a la provisión de servicios es ampliar la cobertura de asistencia personal y de servicios de apoyo a las personas que cuidan sin remuneración quienes actualmente están asumiendo la mayor parte de las responsabilidades de cuidado. Como base, existe de manera legal la figura de asistente personal como una

persona capacitada y bien remunerada. Adicionalmente, se identificaron algunas iniciativas de financiamiento de asistencia personal en el domicilio, tanto por el lado del CONAPAM como del CONAPDIS, aunque representan un ámbito muy poco desarrollado. Por el lado de los servicios de capacitación y consejería para quienes están a cargo de cuidar a algún familiar dependiente, existen muy pocos ejemplos de instituciones públicas que ofrezcan servicios. Valdría la pena analizar líneas de financiamiento para potenciar los servicios que actualmente brindan organizaciones sin fines de lucro.

Por otro lado, los servicios de atención a la dependencia son un nicho creciente en la economía plateada en Costa Rica, y sería pertinente analizar de qué manera favorecer que el desarrollo de este nicho puede ser un generador de empleos de calidad.

Sobre la calidad de los servicios

Rumbo a la construcción de un sistema de atención a la dependencia el reto es crear un mecanismo único que se encargue de promover y resguardar la aplicación de estándares de calidad en la prestación de los servicios de atención a la dependencia. En Costa Rica el Estado tiene fuerte preeminencia como ente regulador, aunque más en la lógica de garante del buen uso de los recursos transferidos a entidades públicas y privadas para la prestación de los servicios. Por otro lado, está la definición y verificación de estándares para la provisión de los servicios propiamente tales. Los actuales mecanismos aplican sobre éstos una lógica similar de fiscalización, que cubre condiciones básicas como características de los espacios físicos (infraestructura, disposición de las instalaciones y condiciones de funcionamiento), disponibilidad de equipamiento básico e insumos y dotación mínima de recursos humanos.

En el caso de los servicios de atención a la dependencia, la regulación de su calidad estaría dada por las normas a las que se supeditan hogares y centros de atención, bajo las normas sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud. El énfasis de esta regulación estaría puesto en aspectos importantes de la calidad de los servicios relacionados con la seguridad para las personas, y en mucho menor medida en aspectos relacionados con la efectividad del cuidado. En algunos casos se añaden otros criterios complementarios como la incorporación de consideraciones para asegurar que los recintos sean accesibles para personas con discapacidad.

Por otro lado, en el caso del CONAPAM, los requisitos que las organizaciones deben cumplir *ex ante* a la recepción de fondos se acompañan también de una importante labor de supervisión y fiscalización. En el caso de la Junta de Protección Social, parte de la gestión de convenios se orienta a acompañar y dar asistencia técnica a las entidades receptoras de fondos, aunque no es claro hasta dónde esa instancia permite evaluar nivel de cumplimiento de estándares ni cuál sea la capacidad operativa real de las entidades para llevar a cabo esas tareas de manera sistemática, con la periodicidad y la intensidad requeridas.

Es destacable el esfuerzo que hacen las instituciones CONAPAM, CONAPDIS y la propia Junta de Protección Social, por especificar en sus términos de referencia y condiciones para la recepción de fondos que las organizaciones cuenten con personal calificado para prestar los servicios. Este aspecto es importante porque el perfil de los recursos humanos es un aspecto esencial de la calidad de los servicios. De ahí la importancia de determinar los niveles de educación, capacitación y certificación esperada por parte de los trabajadores. Queda por determinar si los propios perfiles solicitados se ajustan a la especificidad y complejidad de los servicios de cuidado que las entidades deben prestar. Así, la profesionalización de los servicios sólo tiene sentido en la medida que colabora con la provisión de cuidados específicos o

especializados y que la gente que los provee se encuentre debidamente preparada. La existencia de una entidad como el Instituto Nacional de Aprendizaje y su incorporación a las acciones de desarrollo de currículos, entrenamiento y certificación, permite avances importantes como el Programa de Formación de Asistentes para Personas con Discapacidad justamente a cargo de esta instancia.

En relación con el financiamiento de los servicios de cuidado

Los servicios existentes se financian con recursos provenientes de la recaudación fiscal por la vía de los impuestos generales, impuestos al salario y otras aportaciones como los recursos de la Junta de Protección Social que reinvierte los excedentes de la lotería entre distintos programas. Con miras a plantear un sistema financieramente sostenible, cabe la necesidad de explorar la introducción del copago, donde la valoración de condiciones socioeconómicas de los usuarios permita identificar cuándo es posible un desembolso con cargo al propio usuario para cubrir parcialmente el costo de los servicios recibidos, sin que esto represente un riesgo de exclusión de las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad que actualmente reciben beneficios.

Hay que tener en cuenta que, en el actual escenario de incertidumbre relativa sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas, es imperativo para el estado diversificar fuentes de financiamiento que permitan solventar razonablemente los compromisos de gasto sin sacrificar el alcance y la calidad de los servicios públicos que se entregan a los ciudadanos (Programa Estado de la Nación 2018), más todavía en un área como el envejecimiento y la dependencia donde se proyecta un alza sostenida de la demanda con fuerte presión sobre la oferta de servicios sociales y de salud. Por eso, opciones de diversificación de las fuentes de financiamiento de servicios, incluido el copago, pueden ser una opción viable en el actual contexto nacional, más todavía si la introducción de un principio de solidaridad en el financiamiento permite ampliar la cobertura de los servicios ofrecidos para la atención de la dependencia.

De otro lado, dada la importancia que tiene el sector privado como socio del sector público que suma capacidad de acción para el desarrollo de oferta de servicios en sectores prioritarios para los ciudadanos, parecería conveniente explorar otras opciones como la conformación de asociaciones público-privadas que permitan dar el necesario impulso a aquellas áreas de servicios que aún se encuentran menos desarrolladas. Algo de esto está ocurriendo en el país en áreas tan estratégicas como el apoyo al desarrollo de la oferta de servicios de cuidado para la primera infancia, de manera que es posible pensar también en la proyección de ese modelo de mancomunación de recursos para el cuidado a las personas mayores y dependientes.

Referencias bibliográficas

- Aranco, Natalia, Marco Stampini, Pablo Ibararán, y Nadin Medellín. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe." No. 273. Resumen de Políticas del Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C., Estados Unidos. <https://publications.iadb.org/handle/11319/8757>.
- Barahona, Manuel, Carlos Castro, y Rebeca Gamboa. 2017. "Sistema Nacional de Cuidados en Costa Rica: Bases para la articulación de una política pública." Sin publicar. San José, Costa Rica.
- Budlender, Debbie. 2008. "The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries | Publications | UNRISD." 2008. [http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/\(httpPublications\)/F9FEC4EA774573E7C1257560003A96B2?OpenDocument](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/(httpPublications)/F9FEC4EA774573E7C1257560003A96B2?OpenDocument).
- Cafagna, Gianluca, Natalia Aranco, Pablo Ibararán, Nadin Medellín, María Laura Oliveri, y Marco Stampini. 2019. *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001972>.
- Chen, Ariel, Kathryn H. Jacobsen, Ashish A. Deshmukh, y Scott B. Cantor. 2015. "The Evolution of the Disability-Adjusted Life Year (DALY)." *Socio-Economic Planning Sciences* 49: 10–15.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2008. "Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe". <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/2894>.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. 2017a. "Informe de Evaluación Plan Operativo Institucional. Primer Semestre 2017." San José, Costa Rica. <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/INFORME%20EVALUACION%20I%20SEMESTRE%20POI%202017.pdf>
- . 2017b. "Procedimientos y criterios para la atención y el cuidado de personas de 60 años o más, agredidas y/o abandonadas y de 65 años y más, en condición de pobreza, dependencia, vulnerabilidad y abandono." https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/procedimiento_atencion_cuidado_60_mas.pdf.
- . 2019a. "Ficha descriptiva del programa construyendo lazos de solidaridad." San José, Costa Rica.
- . 2019b. "Informe de evaluación Plan Operativo Institucional. Segundo semestre 2018." San José, Costa Rica. <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Informe%20POI%20II%20Semestre%20Diciembre%202018.pdf>
- Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. 2019a. "Plan Anual Operativo-Fodesaf 2019: Programa Pobreza y Discapacidad Programa Promoción de La Autonomía Personal de Las Personas Con Discapacidad." San José, Costa Rica. http://www.conapdis.go.cr/el_conapdis/transparencia/PAO%20FODESAF-CONAPDIS%202019.docx
- . 2019b. "Plan Operativo Institucional 2019." San José, Costa Rica. http://www.conapdis.go.cr/el_conapdis/transparencia/POI-2019%20...docx
- División de Población de las Naciones Unidas. n.d. "World Population Prospects 2019."

<https://population.un.org/wpp/DataQuery>.

González-González, César, Marco Stampini, Gianluca, Cafagna, María del Carmen Hernández Ruiz, y Pablo Ibararán. 2019. "Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México." IDB-WP-1033. Documento de Trabajo del Banco Interamericano de Desarrollo.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. 2016. "Panorama Demográfico 2016." <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/repoblacpanorama2016.pdf>.

Jara Maleš, Patricia, Mauricio Matus-López, y Alexander Chaverri. 2019. "Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica." . Por publicar. Documento de Discusión del Banco Interamericano de Desarrollo.

Junta de Protección Social. n.d. "Entidades que atiendan y protejan al adulto mayor y programas sin fines de lucro." http://www.jps.go.cr/sites/default/files/PROYECTOS_Y_NECESIDADES_ESPECIFICAS_PERIODO_2017.pdf.

Mahoney, Florence, y Dorothea Barthel. 1965. "Functional Evaluation: The Barthel Index: A Simple Index of Independence Useful in Scoring Improvement in the Rehabilitation of the Chronically Ill." *Maryland State Medical Journal* 14: 61–65. <http://psycnet.apa.org/record/2012-30334-001>.

Medellín, Nadin, Mauricio Matus, Pablo Ibararán, y Marco Stampini. 2018. "Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados." No. 1438. Nota técnica del Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC, Estados Unidos. <https://publications.iadb.org/handle/11319/8909>.

Ministerio de Salud. 2018. "Estrategia nacional para un envejecimiento saludable: basado en el Curso de Vida 2018-2020." San José, Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politicas-y-planes-en-salud/estrategias/3864-estrategia-nacional-para-un-envejecimiento-saludable-2018-2020/file>

Molina Mora, Carlos. n.d. "Guía para la asignación y ejecución de los recursos provenientes de la Ley 7972, Ley de creación de cargas tributarias sobre licores, cervezas y cigarrillos y la Ley 9188 Ley de Fortalecimiento del CONAPAM modalidad: hogar, albergue y centro diurno." CONAPAM. San José, Costa Rica.

Naciones Unidas. 2006. "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad." <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.

Organización Mundial de la Salud. 2011. *Informe mundial sobre la Discapacidad*. Editado por Alana Officer and Aleksandra Posarac. Malta: Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf?ua=1

———. 2015. "Envejecimiento y salud." 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.

———. 2016. "Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud: informe de la secretaria."

———. 2017. "Navegador de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la Salud." 2017. <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>.

———. 2018. "Life expectancy and healthy life expectancy." 2018. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>.

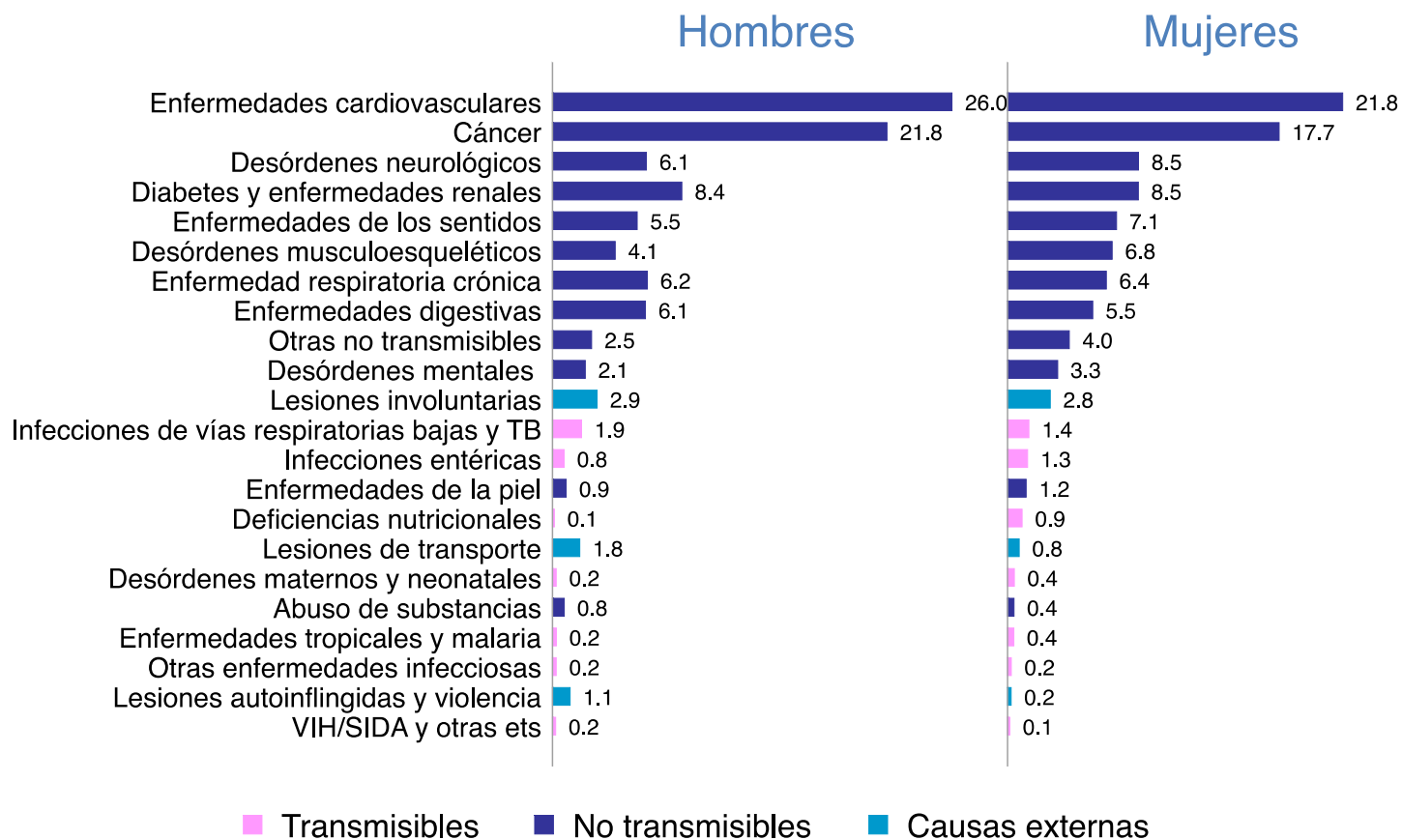
- Organización Mundial de la Salud, y Banco Mundial. 2011a. *Informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/.
- . 2011b. “Resumen del informe mundial sobre la discapacidad.” http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?sequence=1.
- . 2018. “Encuesta modelo de discapacidad: versión corta.” <https://www.who.int/disabilities/data/Implementation-guide-Brief-MDS-ES.pdf?ua=1>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2009. “Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable.” Washington DC, Estados Unidos. <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf?ua=1>.
- . 2017. “Salud en Las Américas: Costa Rica.” https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/costa-rica&lang=es
- Pérez Noguera, Andrea, y Roberto Avendaño. 2017. “Informe estudio evaluativo modalidad atención domiciliar y comunitaria (abandonados) Programa Construyendo Lazos de Solidaridad (CONAPAM).” San José, Costa Rica. https://fodesaf.go.cr/acerca_del_fodesaf/transparencia/estudios_iice/Estudio%20de%20programa%20Construyendo%20lazos%20CONAPAM%202019.pdf
- Programa Estado de la Nación. 2018. “Estado de la nación en desarrollo humano sostenible.” San José, Costa Rica.
- Razavi, Shahra. 2007. “The political and social economy of care in a development context conceptual issues, research questions and policy options.” No. 3. Gender and Development Programme Paper. Ginebra, Suiza. [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/\\$file/Razavi-paper.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/2DBE6A93350A7783C12573240036D5A0/$file/Razavi-paper.pdf).
- Rosero-Bixby, Luis. 2016. “La situación demográfica en Costa Rica.” *Población y salud en Mesoamérica* 13 (2): 237–311. <https://doi.org/10.15517/psm.v13i2.22669>.
- Sanders, David. 2019. “¿Cómo es la vida en las residencias para adultos mayores?” entrada en el blog *Gente Saludable* del Banco Interamericano de Desarrollo. <https://blogs.iadb.org/salud/es/residencias-para-adultos-mayores/>
- Superintendencia de Pensiones. 2019. “¿Cómo obtener una pensión si no he realizado aportes bajo ningún régimen?” 2019. <https://www.supen.fi.cr/regimen-no-contributivo>.
- The Washington Group on Disability Statistics. 2017. “The Washington Group short set of questions on disability.” <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/The-Washington-Group-Short-Set-of-Questions-on-Disability.pdf>.

Anexo 1. Baterías de preguntas sobre discapacidad

Instrumento	Número de discapacidades registradas	Edad	Pregunta en el cuestionario	Opciones de respuesta
CENSO 2011	Sin límite		¿(Nombre) tiene alguna limitación permanente...	... para ver aún con los anteojos o lentes puestos? ... para oír? ... para hablar? ... para caminar o subir gradas? ... para utilizar brazos o manos? ... de tipo intelectual? (retardo, síndrome de Down, otros) ... de tipo mental? (bipolar, esquizofrenia, otros) Ninguna de las anteriores
ENUT 2017	Sólo 3	Disponible para 12 años y más	¿(Nombre) presenta alguna limitación que le dificulte o impida permanentemente...	...ver aún con los anteojos o lentes puestos? ...oír?hablar? ...caminar o subir gradas? ...utilizar brazos y manos? ...de tipo intelectual? (Síndrome de Down, otros) ...de tipo mental? (Bipolar, esquizofrenia, otros) No tiene ninguna
ENAH0 2018	Sólo 2		¿(Nombre) presenta alguna limitación que le dificulte o impida permanentemente...	...ver aún con los anteojos o lentes puestos? ...oír? ...hablar? ...caminar o subir gradas? ...utilizar brazos y manos? ...de tipo intelectual? (Síndrome de Down, otros) ...de tipo mental? (bipolar, esquizofrenia, otros) No tiene ninguna
ENIGH 2018	Sin límite		¿(Nombre) tiene alguna limitación permanentepara ver aún con os anteojos o lentes puestos? ...para oír? ...para hablar? ... para caminar o subir gradas? ...para utilizar brazos o manos? ...de tipo intelectual (síndrome de Down, autismo, otros)?6 de tipo mental (bipolar, esquizofrenia, otros)? Ninguna de las anteriores

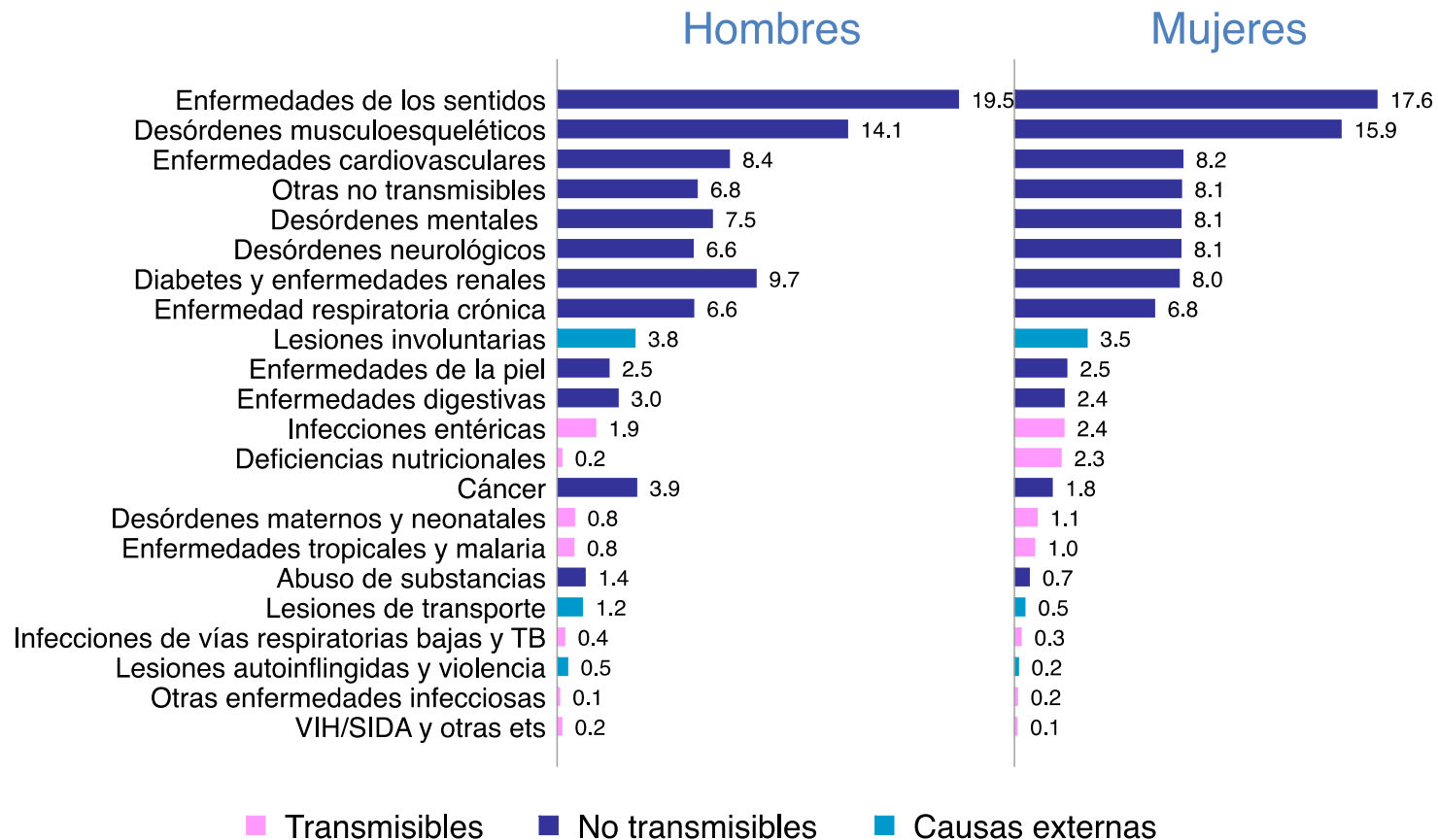
Fuente: Elaboración de los autores con base en la información del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica.

Anexo 2. Años de Vida Saludables perdidos en los adultos de 60 y más por género en 2017



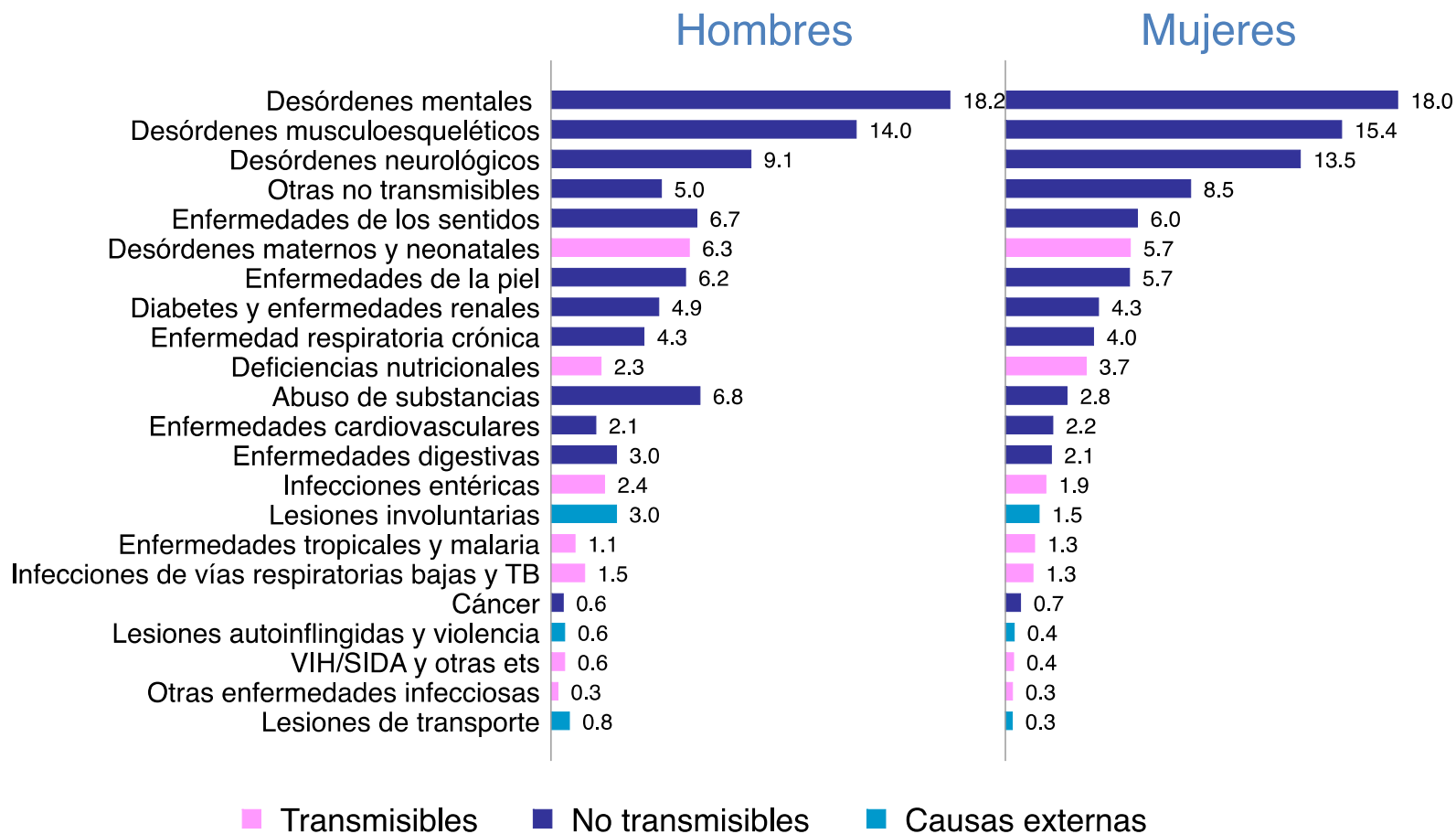
Nota: Se utiliza la clasificación a dos dígitos de las causas. La clasificación de enfermedades transmisibles incluye también desórdenes maternos, neonatales y nutricionales.
 Fuente: Elaboración de los autores con base en los datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Anexo 3. Años de Vida con Discapacidad en los adultos de 60 y más por género en 2017



Nota: Se utiliza la clasificación a dos dígitos de las causas. La clasificación de enfermedades transmisibles incluye también desórdenes maternos, neonatales y nutricionales.
 Fuente: Elaboración de los autores con base en los datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

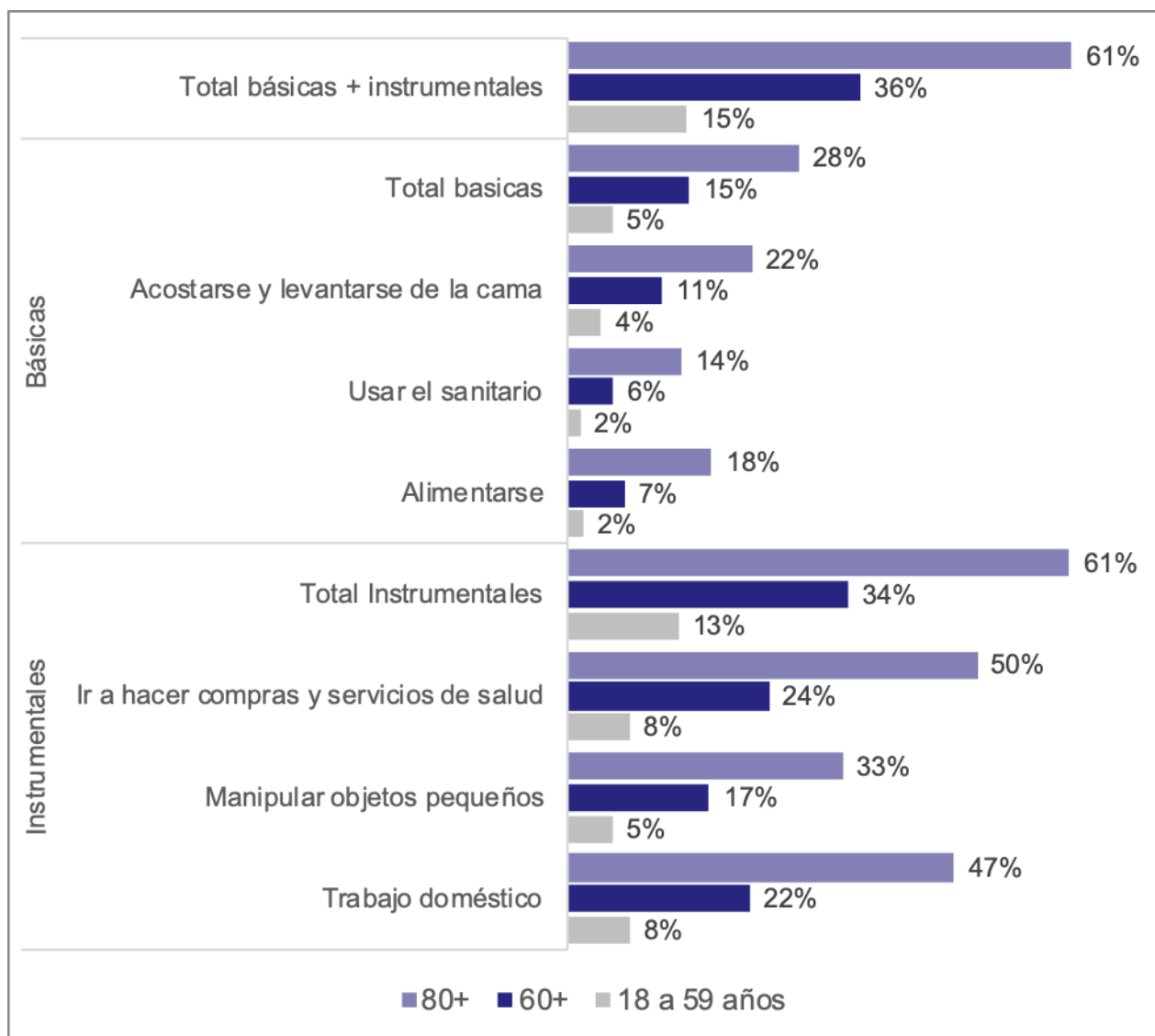
Anexo 4. Años de Vida con Discapacidad en la población de 0-59 años por género en 2017



Nota: Se utiliza la clasificación a dos dígitos de las causas. La clasificación de enfermedades transmisibles incluye también desórdenes maternos, neonatales y nutricionales.

Fuente: Elaboración de los autores con base en los datos del Estudio Global de Carga de Enfermedad <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Anexo 5. Porcentaje de la población que enfrenta dificultades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria



Fuente: Cálculos de los autores con base en la ENADIS.

Anexo 6. Servicios y apoyos del programa Construyendo Lazos de Solidaridad de CONAPAM

Servicio o apoyo	Monto máximo mensual de subsidio per cápita en dólares	Descripción
Alimentación	\$119	Alimentación adecuada considerando la situación particular de cada persona adulta mayor (incluye dietas especiales y suplementos alimentarios supervisados profesionalmente)
Artículos de uso personal e higiene	\$43	Artículos de uso e higiene personal (jabón de baño, papel higiénico, crema dental, toallas de manos, alcohol en gel, ropa, zapatos, cremas de cuerpo, cepillo de dientes, desodorante, champú, talcos y similares) y de limpieza para para vivienda (cloro, desinfectante, jabón en polvo, jabón en barra y similares).
Medicamentos e implementos de salud	\$216	Incluye medicamentos que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) no supe o que se encuentren agotados.
Atención en salud	\$134	En caso de que la CCSS no pueda proporcionar servicios de salud, incluye el pago de servicios profesionales tales como: médico general, médico internista, médico geriatra, psiquiatría, enfermería, terapia física, terapia ocupacional, odontología, psicología, trabajo social, nutrición y otras ramas que resulten necesarias.
Productos de apoyo o ayudas técnicas	\$5,399*	Incluye la compra de artículos o productos para facilitar a las personas adultas mayores la realización de determinadas acciones y mejorarles su calidad de vida, como productos de ayuda y dispositivos para incontinencia, anteojos, prótesis, sillas de ruedas, sillas de baño, bastones, camas ortopédicas y colchones especiales, entre otros.
Mejoras habitacionales	\$5,399*	Subsidio para reparar, mejorar o ampliar la vivienda de una persona adulta mayor. Dentro de esta alternativa se incluye la compra e instalación de barandas, adecuación o construcción de un baño o dormitorio adaptado a las necesidades de personas adultas mayores y eliminación de riesgos estructurales como cambio de zinc, pisos antideslizantes, instalación eléctrica, entre otros.
Equipamiento de casa	\$3,239*	Compra de artículos básicos tales como cama corriente, plantilla para cocina, trastos, silla, mesa, etc. Este subsidio se puede otorgar para personas individuales o para Hogares Comunitarios.
Servicios básicos	\$ 257	Subsidios para pago de alquiler, servicios de luz, agua y municipales.
Familias Solidarias	\$ 450	Compensación económica para reubicar a personas adultas mayores (con independencia funcional o sin ella) en una familia con o sin vínculos de consanguinidad que le brinde alojamiento y los cuidados requeridos, además de integrarla a la dinámica familiar.
Asistente domiciliario	\$305-657	Ayuda para realizar las actividades de la vida diaria e instrumentales en el domicilio. Incluye acciones que van desde ayudar con el baño diario, preparar y brindar la alimentación, aseo de la casa, hasta acompañamiento a citas médicas, uso de transporte público, realización de compras o pagos.
Hogares comunitarios	\$450	Permite reubicar de manera temporal, a un grupo máximo de cinco personas adultas mayores, en condición de pobreza y riesgo social, con independencia funcional o sin ella, en una vivienda de alquiler, con una persona cuidadora, para suplir necesidades de cuidado general e integral: alojamiento, alimentación, dinámica familiar y atención de necesidades.
Transporte	\$43	Compra de combustible y el pago de servicio de transporte, para facilitar la entrega del beneficio a domicilio o el traslado de las personas adultas mayores que lo requieran, o a citas médicas u otras gestiones urgentes.
Institucionalización	\$447	Subsidio temporal para financiar la reubicación urgente de personas adultas mayores en residencias de larga duración. La máxima duración son dos años
Promoción y prevención de la salud	\$23	Actividades educativas, ocupacionales, físicas, culturales, recreativas, deportivas, entre otras, que promuevan acciones e intervenciones individuales y/o grupales que proporción a las personas adultas mayores los medios para mejorar la salud

Nota: El monto máximo de los servicios o apoyos marcados con * se entregan en una sola ocasión y no mensualmente. En promedio las personas que participan en el programa reciben dos tipos de apoyo. Dichos apoyos pueden entregarse en la modalidad de hogares y albergues, centros diurnos y red de cuidado.

Fuente: CONAPAM (2019a).