

**Gestión de Centros de Día y de Larga Estadía en la nueva realidad  
generada por la COVID-19 (BID: ATN/OC-18458-RG)**

**DESARROLLO DE CURRÍCULOS Y ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN PARA LA CAPACITACIÓN DE  
CUIDADORES Y OTROS PERFILES RELEVANTES DE CENTROS DE CUIDADOS A PERSONAS  
MAYORES DESDE EL ENFOQUE DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA**

### Equipo de trabajo

Consultores nacionales	Consultores internacionales
Laura Cristina López (Colombia)	Erkuden Aldaz
Mónica Leiva M (Costa Rica)	Elisa Berrios
Alejandro López (Uruguay)	Laura Fernández

	2
1. Introducción	7
1.1 Encuadre del documento	7
1.2 Estructura del documento	8
2. El enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP)	9
2.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de ACP?	9
2.2. ¿Por qué se opta por este modelo y no otro?	11
2.3. La ACP como enfoque en la formación de profesionales de los cuidados: implicaciones para el diseño de currículos formativos	12
3. Revisión situación internacional. Revisión de la literatura y Currículas de referencia	13
3.1. Introducción	13
3.2 Metodología	14
3.3 Revisión de la literatura	15
3.3.1. Principales temas abordados	15
3.3.2. Modalidades de formación	22
3.3.3. Impacto de la formación en las personas cuidadas y cuidadoras	25
3.3.2. Conclusiones extraídas de la revisión de la literatura	25
3.4 Currículas en países de referencia	26
3.4.1 Análisis de currículas de referencia en España, Francia, Italia y Finlandia	27
3.4.2 Diferencias y semejanzas entre currículas de los países analizados	44
4. Revisión nacional del sistema de organización de cuidados, políticas, tendencias actuales y buenas prácticas en diseño y desarrollo de Currículos formativos para profesionales de los cuidados	45
4.1 Introducción	45
4.2 Metodología	48
4.3 Revisión Situación de la Formación en Cuidados en Colombia	50
4.3.1 Introducción	50
4.3.2 Marco Legal vigente en materias de cuidados	51

4.3.3 Organización general, principios orientadores y líneas de acción del sistema de cuidados con relación al cuidado de personas mayores en situación de dependencia.	56
4.3.4 Características de personas usuarias y trabajadoras de los diferentes recursos contexto sociodemográfico y de la dependencia en personas mayores en Colombia	73
<b>4.3.5 Caracterización, dependencia institucional y perfil de usuarios de servicios actuales</b>	<b>77</b>
4.3.6 Sistema Formativo con relación a los Cuidados en Colombia	78
4.4 Revisión de la Situación de la Formación en Cuidados en Costa Rica	86
4.4.1 Introducción	86
4.4.2 Marco Legal vigente en materias de cuidados	87
4.4.3. Organización general, principios orientadores y líneas de acción del Sistema Nacional de Cuidados de Costa Rica	92
4.4.4. Caracterización, dependencia institucional y perfil de usuarios de servicios actuales y emergentes donde se articula el sistema de cuidados nacional.	94
4.4.5 Características de personas usuarias y trabajadoras de los diferentes recursos	101
4.4.6 Sistema Formativo con relación a los Cuidados en Costa Rica	108
4.5 Revisión de la Situación de la Formación en Cuidados en Uruguay	115
4.5.1 Introducción	115
4.5.2 Marco legal vigente en materia de cuidados	115
4.5.3 Organización general, principios orientadores y líneas de acción del sistema de cuidados en Uruguay	117
4.5.4 Caracterización, dependencia institucional y perfil de usuarios de servicios actuales y emergentes donde se articula el sistema de cuidados	121
4.5.5 Características de personas usuarias y trabajadoras de los diferentes recursos	130
4.5.6 Sistema Formativo con relación a los Cuidados en Uruguay	135

5. Justificación y análisis de necesidades: interrelación de datos previos y percepciones de los distintos agentes implicados: cuidadores/as, personas mayores, formadores, proveedores de servicios y gestores de políticas públicas.	153
5.1 Introducción	153
5.2 Diseño del estudio	153
5.3 Identificación de necesidades Colombia	155
5.4 Identificación de necesidades Costa Rica	168
5.5 Identificación de necesidades en Uruguay	184
6. Identificación de capacidades y competencias	200
7. Identificación de buenas prácticas a nivel internacional	205
7.1. Proyectos internacionales de buenas prácticas asociados a la formación	205
7.1.1. Proyecto de Innovación Social Begirada – España	205
7.1.2. Buenas prácticas en Suecia: Su Modelo socio-educativo y el Gothenburg Centre for Person-Centred Care – GPCC	208
7.1.3. Skills for Care- Reino Unido	212
7.1.4. Proyecto Appfordem	213
7.1.5. Atención a las personas con demencia en Dinamarca: modelo de capacitación y recursos.	217
7.1.6. El modelo de formación a cuidadores/as de Argentina	224
7.2. Proyectos internacionales de buenas prácticas asociados a los modelos de atención en personas mayores	228
7.2.1. Butterfly Household Model of Care (Varios países)	228
7.2.2. Buenas prácticas en Bélgica: Impulso a la participación de las personas mayores en la vida de los CLE	229
7.3 Conclusiones	230
8. Diseños curriculares	233
8.1 Metodología para el diseño curricular	233
8.2 Trayectorias curriculares propuestas	235
8.3 Metodologías sugeridas para los Programas educativos	236

9. Conclusiones y recomendaciones	242
10. Referencias bibliográficas	249
Anexos	272
Anexo 1. Cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales. España	273
Anexo 2. Marco de referencia del Diploma Estatal de apoyo educativo y social. Francia	293
Anexo 3. Orden de 10 de junio de 2021, que regula el Título Estatal de Auxiliar de Enfermería. Francia	325
Anexo 4. Guía de Lectura de la cualificación de Operatore Socio Sanitario. Italia	360
Anexo 5. Cualificación Profesional en Atención Social y Sanitaria de Finlandia	372
Anexo 6 Cuadro resumen currículas internacionales	376
Anexo 7. Guión de entrevistas dirigidas a actores relevantes	384
Anexo 8. Preguntas orientadoras mesa de diálogo	388
Anexo 9. Encuesta dirigida a cuidadoras/es	390
Anexo 10. Consentimiento informado e información sobre el estudio	401
Anexo 11. Actores y participantes de las entrevistas	411
Anexo 12: Contenidos a considerar para el desarrollo de currículas formativas orientadas a cuidadores/as formales en ELEPEM y Centros de día que surgen del análisis de datos.	418
Tablas	421
Tabla 1. Competencias y capacidades de la cualificación del OSS	421
Tabla 2. Cualificación profesional en Asistencia Social y Sanitaria	423
Tabla 3. Ejemplos de Propuestas formativas específicas de cuidados en Colombia con acceso al público	425
Tabla 4: Ejemplo de propuestas formativas actuales orientadas al cuidado de personas mayores en Costa Rica	433

Tabla 5: Ejemplo de propuestas formativas actuales orientadas al cuidado de personas mayores en Uruguay 437

Tabla 6. Skills for Care. Temas, resultados de aprendizaje y frecuencia de actualización 447

Tabla 7 ABC Dementia e-learning 454

## **1. Introducción**

Tal y como señala la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2020), la labor de cuidar es una labor precaria, tanto económica como socialmente, a nivel global. Quienes cuidan, tienen salarios significativamente más bajos respecto a quienes desarrollan funciones similares en otros entornos como los hospitalarios, cuentan con menos posibilidades de promoción laboral, un menor reconocimiento social y un porcentaje más elevado de contratos temporales (uno de cada cinco) y parciales (aproximadamente un 45%). Asimismo, cabe destacar que la capacitación de quienes cuidan es escasa.

Este contexto confluye con la creciente demanda de profesionales del cuidado que, desde la OCDE, se cifra en un aumento del 60% desde 1940. El Informe sobre el Envejecimiento de 2018 de la Comisión Europea ya recomendaba a los países con sistemas sociales menos desarrollados, el aumento del personal para poder dar respuesta a las crecientes necesidades de Cuidados de Larga Duración existentes para poder afrontar la realidad actual y futura, en un momento en el que ya es visible la dificultad para cubrir los puestos de trabajo necesarios (European Commission, 2018).

Inciendo en esta realidad, desde la OCDE (2020) se destaca que menos de la mitad de los países encuestados exigen que los/as cuidadores/as personales, que en su mayoría son mujeres de mediana edad y personas nacidas en el extranjero en su quinta parte, aprueben o tengan una licencia o certificación. Esta escasa cualificación en relación con las tareas requeridas puede aumentar el riesgo de que los cuidados sean deficientes, sobre todo en el caso de las personas mayores con necesidades de atención más complejas, como es el caso de quienes tienen demencia (58 millones en la actualidad y una expectativa de que la cifra se triplique para el año 2050).

Por lo tanto, los desajustes entre las necesidades y demanda de cuidados y la escasez de personal cualificado para desempeñar las funciones requeridas, son factores por abordar de manera urgente dentro de la necesaria reforma y adaptación del Sistema de Atención a los Cuidados de Larga Duración, en todos los ámbitos y escenarios en los que se desarrolla.

En este sentido, apostar por la profesionalización del sector de los cuidados y la generación de una economía de los cuidados sólida, tan demandada tanto por instituciones como por la ciudadanía, supone avanzar de manera firme en la capacitación del personal adscrito a los cuidados, desarrollando la formación que cuidadores/as actuales y futuros reciben.

El presente proyecto pretende, a partir de la experiencia internacional y nacional y la identificación de necesidades de los agentes implicados en los cuidados, desarrollar currículas formativas para que quienes cuidan, en el marco de los centros de día y de larga estadía y desde un enfoque de atención centrado en las personas, puedan mejorar sus capacidades y competencias para prestar cuidados de mayor calidad que contribuya a que la atención prestada se haga desde los principios de dignidad y respeto y desde el mantenimiento del control de la vida propia.

### **1.1 Encuadre del documento**

El presente documento constituye la tercera entrega (producto 3) de los cuatro comprometidos en el marco de la consultoría “Propuesta para el desarrollo de currículos y estrategias



de formación para la capacitación de cuidadores y otras funciones relevantes de los centros de cuidados de personas mayores a nivel regional e internacional” recogido en los términos de referencia establecidos por el proyecto “Gestión de Centros de Día y de Larga Estadía en la nueva realidad generada por la COVID-19 (BID: ATN/OC-18458-RG)”.

En este contexto, y continuando tanto con el plan de trabajo comprometido (producto 1) como con el trabajo ya realizado y presentado en el segundo producto, presentamos el informe final del trabajo realizado en el que, a la información y documentación ya presentada en esa segunda entrega, se incorporan las cuatro currículas de formación elaboradas junto con las recomendaciones y sugerencias que desde la consultoría entendemos que deberían seguirse para la implementación de las mismas, con especial atención a las particularidades de cada país, ya que, si bien se ha optado por presentar currículas comunes también se contempla como necesario realizar adaptaciones concretas y específicas a cada uno de ellos..

## **1.2 Estructura del documento**

De acuerdo con la lógica expresada, a lo largo del presente documento se va describiendo el trabajo realizado a lo largo de 9 apartados diferenciados pero interrelacionados entre sí. A continuación de este apartado, el 2 describe el marco conceptual desde el que se han diseñado los currículos formativos, tratando de justificar su idoneidad y la relevancia de que éste impregne todas y cada una de las actuaciones realizadas de cara al diseño final de los currículos. Posteriormente, en el apartado 3 se describe la revisión internacional, especificando la metodología de búsqueda empleada y los resultados obtenidos. El punto 4 corresponde a la revisión nacional, donde se expone la situación de Colombia, Costa Rica y Uruguay, así como nuevamente la metodología de búsqueda definida de manera conjunta y que ha sido homogénea entre países. El trabajo realizado para la identificación y el análisis de necesidades de los distintos agentes involucrados en los cuidados se muestra en el apartado 5, que conforma el punto predecesor a la identificación de capacidades y competencias para el cuidado descrito en el punto 6. Como colofón final a la fase de diagnóstico, se recogen en el apartado 7 las buenas prácticas identificadas a nivel internacional en materia de capacitación en el ámbito de los cuidados.

Todo ello da lugar al apartado 8, donde se presenta de manera resumida la propuesta de contenidos, metodologías y formatos desarrollados en las 4 currículas diseñadas por aparte de esta consultoría. En el punto 9 incorporamos las conclusiones y una serie de recomendaciones y sugerencias de cara a la implementación de las currículas diseñadas con las que damos por concluida la parte de contenido del documento, dando paso al apartado de bibliografía que, junto con las tablas y anexos finaliza el producto entregado.

## 2. El enfoque de Atención Centrada en la Persona (ACP)

### 2.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de ACP?

Desde hace algún tiempo, el término Atención Centrada en la Persona (ACP) se utiliza habitualmente en distintos ámbitos relacionados con servicios orientados a la atención de personas. Se atribuye al psicólogo Carl Rogers el origen de este enfoque. Su modelo, parte de la asunción de que nadie tiene más conocimiento sobre uno mismo que la propia persona y que ésta, independientemente de los apoyos que necesite, cuenta con las claves necesarias para comprenderse y autodirigir su vida. Desde esta perspectiva, el rol profesional consiste en proporcionar un clima favorable, acompañar a la persona en su itinerario para identificar áreas de mejora y orientarlo en las estrategias que pudieran ayudarlo a conseguirlo (Rodríguez, 2021). Este enfoque, inicialmente psicoterapéutico, se ha ido extendiendo progresivamente a campos como la salud, la atención a las personas con discapacidad o a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración.

Sin entrar en un análisis de los distintos significados, y para el propósito de este documento, se pueden apuntar, tal y como indica Martínez (2013), tres tipos de acepciones de la ACP: como enfoque, como modelos que la conceptualizan o desarrollan y como metodologías de intervención.

La ACP en el ámbito gerontológico, como enfoque, parte de un conjunto de valores o enunciados que orientan la atención con base en los derechos de las personas, de modo que sean ellas, independientemente de los apoyos que necesiten, "las principales protagonistas" de sus cuidados, los servicios y la atención que se dispensan desde distintos niveles – organización, servicios o profesionales –. Entre estos valores figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso y el necesario conocimiento de su biografía, así como la apuesta porque las personas mayores no vean menoscabada su toma de decisiones en relación con la atención o el control de su vida cotidiana, por el hecho de precisar cuidados.

Martínez (2013) concreta en el decálogo que a continuación se reproduce, diez asunciones o postulados que caracterizan y pueden resumir el enfoque ACP aplicado a la atención de las personas mayores.

#### DECÁLOGO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

1. Todas las personas tienen dignidad.

Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. Cada persona es única.

Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible.

3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.

La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención.

4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.

La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se respeta la autonomía de las personas y se buscan oportunidades y apoyos para que estas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.

La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.

Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no solo se fija en los déficits y limitaciones y busca una relación que reconozca las fortalezas y capacidades de cada persona y el fortalecimiento de estas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo.

Especialmente en las personas en situación de dependencia, el ambiente físico tiene gran importancia en su bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar y salud de las personas.

Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influyen de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se procuran actividades plenas de sentido que además de servir de estímulo y terapia resulten agradables y hagan sentir bien a las personas.

9. Las personas son interdependientes.

El ser humano se desarrolla y vive en relación social; necesita a los demás y a la vez influye en ellos. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas mayores teniendo un papel clave en el ejercicio de su autodeterminación y en el logro de su bienestar.

10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

La ACP, desde la perspectiva gerontológica, constituye, por lo tanto, un marco en el que se está generando lo que algunos autores denominan “cambio cultural”. Este cambio alude especialmente al lugar y al papel que ejercen los/as ciudadanos/as que precisan apoyos, en relación con el acceso y la utilización de los servicios, y consecuentemente, a cómo estos se diseñan y configuran.

## **2.2. ¿Por qué se opta por este modelo y no otro?**

Son muy diversas las razones por las que la Atención Centrada en la Persona (ACP) es un enfoque de atención de interés creciente en el ámbito gerontológico.

Como se ha indicado previamente, la ACP está en consonancia con los cambios de paradigma del ámbito de la discapacidad, la salud, etc. alineándose con propuestas de actuación normalizadoras, basadas en derechos y que promueven la identificación y desarrollo de recursos personales en entornos normalizados.

En el ámbito gerontológico, esta perspectiva de atención viene siendo la predominante en los países más avanzados en políticas socio-sanitarias (Reino Unido, Países Nórdicos, Canadá, Francia, Australia o Estados Unidos, entre otros), en los que es considerado un elemento clave para la mejora de la atención a las personas mayores que precisan cuidados de larga duración. En los últimos años, se han ido acumulando evidencias en relación con diversas experiencias que ponen de manifiesto sus beneficiosos efectos en centros gerontológicos asociados con la mejora del bienestar y reducción de la agitación en personas mayores, la mejora de la satisfacción laboral y reducción del burnout de los/as profesionales, así como con el aumento de la satisfacción con los cuidados y de la implicación en el acompañamiento de las personas entre las familias de las personas que viven en estos centros (Brownie y Nancarrow, 2013; Díaz-Veiga et al., 2014; Martínez, 2016).

Se trata de transformar el modelo tradicional de cuidados de larga duración, basado en enfoques médico-asistenciales en los que el déficit y el deterioro constituyen los ejes del diseño y la organización de la atención y servicios. Estos enfoques, en los que prima el servicio sobre la persona, se han asociado a consecuencias negativas para la salud, el bienestar e incluso la supervivencia de sus

usuarios/as, tal y como se ha puesto de manifiesto en el impacto de la COVID-19 en las residencias de personas mayores (Ortega et al., 2021).

La ACP, por el contrario, apuesta por una visión de la calidad asistencial que parte de los derechos y las preferencias de las personas, independientemente de su necesidad de apoyos. De esta manera, el mantenimiento del estilo de vida propio, ofrecer opciones, conservar la identidad de cada persona conforman, entre otras, las bases a partir de las cuales se han de organizar las atenciones a las personas.

La puesta en práctica de este enfoque de atención conlleva, además, la oportunidad de transferir al ámbito de los cuidados de larga duración las numerosas evidencias que señalan, por un lado, la complejidad de las trayectorias personales asociadas a la necesidad de cuidados; así como la especial relevancia de los entornos físico-organizativos y personales, para la consecución del bienestar y la calidad de vida de las personas con necesidad de apoyos (Díaz-Veiga, 2020).

Así, por ejemplo, en lo que hace referencia a alojamientos para personas mayores que precisan cuidados, se propugna el diseño de lugares hogareños que favorezcan opciones para dar continuidad a la trayectoria de vida de sus habitantes. En definitiva, que favorezca que sus usuarios/as se sientan lo más parecido posible a como se sentían en sus domicilios habituales mediante la implantación de medidas como unidades de convivencia, equipamiento doméstico, predominio de habitaciones individuales, nuevos roles profesionales, etc. (Sancho y Martínez, 2020; Rodríguez, 2021). Desde esta perspectiva, cobran especial relevancia las características que han de tener los/as profesionales que integran y configuran los entornos de cuidados que brevemente se presentarán en el siguiente epígrafe.

### **2.3. La ACP como enfoque en la formación de profesionales de los cuidados: implicaciones para el diseño de currículos formativos**

El desarrollo de la Atención Centrada en la Persona solo es posible en escenarios relacionales que favorezcan el conocimiento, reconocimiento, respeto, desarrollo personal y bienestar de todas las partes implicadas (Prieto, 2014). Para ello, resulta imprescindible, como ya se ha indicado, rediseñar los entornos arquitectónicos y organizativos que creen las condiciones que propicien y desarrollen vínculos que favorezcan la prestación de cuidados personalizados.

Todo ello pone de manifiesto, además, la necesidad de revisar las competencias profesionales propias de modelos asistenciales anteriores. Aunque tal reformulación ha de afectar a todas las disciplinas profesionales, en el enfoque ACP son especialmente relevantes las relacionadas con los/as profesionales que prestan cuidados cotidianos.

La figura de gerocultor/a o profesional de referencia adquiere desde esta perspectiva especial relevancia para garantizar la personalización y el bienestar de las personas. Ello conlleva disponer de la formación que permita cuidar con criterios de calidad técnica y seguridad, persiguiendo el bienestar de las personas y el apoyo para una vida significativa.

Tradicionalmente estos/as profesionales han sido formados/as en conocimientos y destrezas en relación con los cuidados instrumentales (ayudar a andar, a comer, a realizar la higiene...). Estas destrezas, aunque garantizan la aplicación adecuada de una determinada técnica no aseguran el

desarrollo de una atención personalizada. Algunos/as autores/as (Bermejo, 2014) señalan que se precisan, además, competencias éticas y relacionales que posibiliten las conexiones y relaciones interpersonales necesarias para trabajar en equipo, resolver conflictos, relacionarse con personas con limitaciones cognitivas, conocer sus preferencias e historias de vida o identificar oportunidades para su bienestar e independencia.

Además, el desarrollo de una atención personalizada e integral conlleva un grado de complejidad tal, que pone de relieve la necesidad de que los/as cuidadores/as presten atención a su propio autocuidado tanto físico como emocional.

En definitiva, la capacitación de los/as profesionales que prestan cuidados supone, desde la perspectiva de la ACP, incorporar competencias complejas acordes con la diversidad de las necesidades que precisan las personas en situación de dependencia. En otras palabras, se trata de transitar de la tarea a la persona.

### **3. Revisión situación internacional. Revisión de la literatura y Currículas de referencia**

#### **3.1. Introducción**

En este tercer punto, abordamos el objetivo de identificar experiencias y buenas prácticas a nivel internacional en relación con el diseño, desarrollo e implementación de currículos formativos y de estrategias de formación en cuidadores/as profesionales. Para ello, será necesario su comprensión acorde con el contexto cultural en los que se desarrollan, las exigencias competenciales exigidas de acuerdo con el sistema de cuidados de cada país y su encaje en el sistema educativo formal, así como las necesidades a los que la formación responde (formación según perfil de usuario/a, tipo de centro, etc.).

Para poder concluir esta tarea de manera exitosa, hemos centrado la atención en dos objetivos; por un lado, a través de una revisión de la literatura existente, establecer cuáles han sido las principales temáticas que se han abordado en el marco de la ACP en el plano internacional y, por otro lado, detallar currículos base desarrollados en países de referencia de cara a establecer cuáles son las principales tendencias en materia de cualificación y formación de personas cuidadoras profesionales que se están siguiendo a nivel internacional. En este sentido, es de interés señalar la dificultad que entraña abordar precisamente las tendencias respecto a la cualificación y formación de las personas que prestan cuidados de larga duración, debido a la disparidad y diversidad existente entre los distintos países a la hora de establecer principalmente sus funciones y competencias. Como se señala en el Informe elaborado recientemente por Eurofound (2020) respecto la situación de los/as trabajadores/as del sector de los cuidados de larga duración en los países miembro, estas funciones y competencias varían de un país a otro, ya que se parte de un concepto: Cuidados de Larga Duración, que se define de manera tan amplia que incluye a un gran número de profesionales y ámbitos. De esta manera y, recogiendo esa visión amplia de lo que se incluye dentro del ámbito de los cuidados de larga duración, ¿en el informe *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, elaborado por la CEOE (OCDE, 2020), en el que se analiza la situación de quienes trabajan en el sector de los cuidados, se señala que, en más de dos tercios de los países que la conforman, realizan tareas de diversa índole que pueden incluir desde prestar ayuda en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) hasta participar en el control de la salud, en la planificación de los planes de atención y en el

mantenimiento de los registros sanitarios. Sin embargo, en menos de la mitad de los países en los que se realizó la investigación, exigen que estos/as profesionales tengan una certificación que les habilite para el ejercicio de esta función.

Tal y como se señala también en el informe, esta falta de cualificación en relación con las tareas requeridas puede aumentar el riesgo de que los cuidados no sean de calidad, sobre todo en el caso de las personas mayores con necesidades asistenciales más complejas. Abordar por lo tanto esas necesidades, resulta clave para mejorar en la calidad de los cuidados e implica un reto para todo país.

### 3.2 Metodología

En el plano metodológico, hay que incluir el proceso seguido de cara a realizar la revisión de la literatura y el realizado en segundo lugar para analizar las currículas base de los países de referencia.

**Respecto a la revisión y análisis de la literatura**, la metodología seguida ha sido la siguiente:

- Se ha revisado la literatura generada principalmente durante los últimos siete años; esto es, desde 2015 hasta la actualidad.
- Se ha realizado una búsqueda en distintas bases de datos de habla hispana y no hispana: SciELO, Web of Science (WoS) y Psycinfo complementadas con búsquedas en páginas web relevantes.
- Las palabras clave y sus combinaciones utilizadas para la búsqueda han sido las siguientes:
  - Centred care + professional training
  - Centred care + staff training
  - Centered care + professional training
  - Centered care + staff training
  - Person centered + professional training
  - Person centered + staff training
  - Person centred + professional training
  - Person centred + staff training
  - Long-Term-Care + profesional training
  - Long-Term-Care + staff training

Como criterio de exclusión principal se establecieron los conceptos “informal care” y “family care” que, si bien son conceptos de gran importancia, hemos considerado que de cara a dar respuesta al encargo realizado; esto es, generar currículas dirigidas a profesionalizar la atención, debía ponerse el foco en los términos más claramente dirigidos a ello.

En segundo lugar, respecto a la metodología seguida para abordar la tarea de **identificar currículas base**, se ha procedido a documentar cuáles son en la actualidad las capacidades y competencias requeridas en cada país analizado (España, Francia, Italia y Finlandia), para desempeñar labores de cuidado teniendo en cuenta los perfiles establecidos, el tipo de centro o recurso donde se encuadra y la tipología de personas destinatarias del cuidado. También se ha buscado identificar y

recoger qué estrategias de acompañamiento o apoyo a estos/as profesionales se incluyen como forma de incentivar o promover su compromiso con la labor desempeñada y conseguir la necesaria estabilización de los equipos.

### **3.3 Revisión de la literatura**

A lo largo de la revisión realizada en las bases de datos científicas comentadas, se han identificado un total de 47 artículos, procedentes de diversas disciplinas de la rama social y sanitaria. En su mayoría proceden de revistas del ámbito de la psicología, la medicina y la enfermería.

Respecto a la tipología de artículos y estudios, podemos señalar que se han incluido tanto artículos basados en revisiones sistemáticas realizadas sobre algún elemento relevante desde el enfoque ACP, hasta otros que incluyen resultados de investigaciones concretas realizadas por los autores/as en un centro y entorno concretos. En cuanto a las temáticas, se destacan, en primer lugar, los artículos asociados con las habilidades y competencias de las personas cuidadoras, así como con la prevención de su agotamiento o burnout y, en segundo lugar, aquellos relacionados con la atención a personas con demencia.

La mayoría de las investigaciones y estudios hallados, han sido desarrollados en el ámbito residencial, pero también hay algún programa que busca implementar aprendizajes efectuados desde el entorno comunitario, para evitar o retrasar la entrada en un CLE que, si bien no es objetivo específico de esta revisión, hemos considerado interesante incluir por arrojar ejemplos de buena práctica que pueden aportar datos de interés.

Con el fin de analizar las principales conclusiones de los artículos estudiados en apartados que favorezcan su comprensión y aplicación en el presente trabajo, se han clasificado en los siguientes tres apartados: principales temas abordados, en el que se expondrán las principales temáticas analizadas de los estudios y sus conclusiones; modalidades de formación, en el que se mostrarán las metodologías y modalidades formativas analizadas por los estudios seleccionados y sus resultados; y, por último, impacto de la formación en las personas cuidadas y cuidadoras.

#### **3.3.1. Principales temas abordados**

Los principales temas acordados de los estudios analizados son los siguientes:

- El Final de la Vida
- Demencia
- Terapias No Farmacológicas
- Musicoterapia
- Sexualidad
- Habilidades Relacionales
- Habilidades Relacionales
- Comunicación
- Hábitos Saludables



- Familias
- Toma De Decisiones Compartidas
- Evitación Entrada Cle
- Entornos Confortables
- Participación
- Burnout

A continuación, se desarrolla cada uno de ellos para analizar las conclusiones a las que han llegado los estudios seleccionados.

- **El final de la vida**

La literatura existente destaca la necesidad de abordar el cuidado de las personas al final de la vida, ya que se reconoce la falta de un buen cuidado de las personas que van a fallecer, la falta de abordaje de sus necesidades espirituales y existenciales y la falta de equipos profesionales capacitados para ello tanto en residencias como en domicilios.

En 2016, Novellas y cols., analizaron en un manual específico sobre atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas, la dificultad existente en los centros de tipo residencial de España para abordar esta cuestión (Novellas et al., 2016). En 2018, en un estudio realizado en la ciudad española de Granada (Guerrero-García et al., 2018), familiares de personas fallecidas en recursos residenciales atribuían al factor ser tratado como individuo la mayor importancia para calificar como buena la muerte de sus familiares. Esta dimensión está relacionada principalmente con el trato que recibió el paciente por el personal sanitario e indica que los/as familiares consideraban que la persona fallecida fue tratada con dignidad. Los autores se apoyaron, entre otros, en un estudio realizado por Ben Natan y cols. (2010) sobre las necesidades percibidas por profesionales sanitarios, familiares y residentes ante el final de la vida, que identificó como una necesidad muy importante el mantenimiento de la dignidad, solo por detrás de la ausencia de dolor.

Más recientemente, Gonella y cols. (Gonella et al., 2019), realizaron una revisión sistemática para identificar los elementos que los/as familiares de personas mayores que viven en las residencias perciben como una buena atención al final de la vida. Fruto de esta revisión, analizaron 18 estudios de tipo cualitativo en los que se constató que, ante el cambio en las necesidades de atención, y la necesaria transición hacia los cuidados paliativos, se torna fundamental contar con un "entorno centrado en el paciente". Las personas familiares cuidadoras describieron la buena atención al final de la vida como: la prestación de cuidados básicos y apoyo espiritual a la persona residente; el reconocimiento y tratamiento de los síntomas; la garantía de la continuidad de los cuidados; el respeto de los deseos de la persona residente al final de la vida; la oferta de apoyo ambiental, emocional y psicosocial; el mantenimiento de la familia informada; la promoción de la comprensión de la familia; y el establecimiento de una colaboración con los/as cuidadores/as familiares mediante la participación y la orientación en una toma de decisiones compartida. Estos elementos, mejoraron la calidad del final de la vida tanto de los/as residentes como de sus familiares, sugiriendo así una base común entre una buena atención al final de la vida y los cuidados paliativos. A partir de estos resultados, se concluye

que proporcionar un marco impulsado por la familia para guiar una transición sensible y compasiva hacia los cuidados paliativos en los servicios residenciales para personas mayores, es una buena práctica.

Atendiendo a la importancia de una buena atención al final de la vida, se considera necesaria la capacitación y formación de profesionales. En este sentido, destaca un estudio realizado en Noruega por Tornøe et al. (2015) que, aunque más lejano en el tiempo, sigue arrojando resultados pertinentes para este trabajo. En él, un equipo de profesionales enseña y entrena a equipos de cuidado (personal de enfermería, auxiliares, etc.) en el cuidado espiritual y existencial en la muerte en el ámbito residencial y de cuidado a domicilio. Este equipo de tres personas denominado "Mobile hospice nurse teaching team" está especializado en el cuidado espiritual y existencial al final de la vida. Así, con objeto de conocer aquellos aspectos relevantes en el entrenamiento del personal de cuidado para atender las necesidades espirituales y existenciales de las personas al final de la vida, se realizó un grupo de discusión con este equipo. La pregunta del grupo de discusión fue: ¿Cuáles son vuestras experiencias enseñando y supervisando al personal de cuidado en cuidado espiritual y existencial al final de la vida? De esta pregunta emergen 3 temas; miedo e incertidumbre, enseñanza al lado de la cama, coraje y competencia. En el caso del miedo e incertidumbre, los/as profesionales del cuidado no preguntan a los/as pacientes cómo se sienten realmente por miedo a no ser capaz de responder a sus preguntas espirituales y existenciales. En este sentido, enseñan a los/as profesionales a entender que se puede proveer consuelo simplemente desde la escucha activa y compartiendo momentos de silencio con la persona que se está muriendo. Este equipo, detecta que muchas veces la propia inseguridad y la falta de habilidades de comunicación y de escucha hace que los/as profesionales eviten estar con las personas que se están muriendo. En la enseñanza al lado de la cama, este equipo enseña a los/as profesionales estando con ellos/as y con personas que van a morir, compartiendo sus conocimientos en situaciones reales, desde el role modeling (actuando como modelos). Además, intentan ser solo un apoyo dejando que los/as profesionales actúen, impulsando el "learning by doing". En cuanto al coraje y competencia, desde la enseñanza al lado de la cama, creen que se promueve el coraje y la competencia de los/as trabajadores/as.

- **Demencia**

Debido, entre otros factores, a las previsiones de aumento de la población con demencia que, tal y como señala la OMS llegará a los 82 millones de personas en 2030 y a 152 en 2050, los aspectos asociados a su tratamiento y al mantenimiento de la calidad de vida de las personas que la presentan se han convertido en objeto de estudio de multitud de investigaciones en los últimos años. En esta categoría se introducen artículos que abordan distintos aspectos de la intervención con personas con demencia que bien por su especificidad o falta de encaje en otras categorías hemos considerado más adecuado encajarlos en una categoría específica.

En primer lugar, destaca artículo de Riesch y otros (2017) en el que se aborda la necesidad que tiene el personal de contar con una capacitación específica para atender a una población que precisa recibir una atención de alta calidad que permita contribuir a mejorar su calidad de vida. Para ello, realizaron una revisión sistemática de la literatura en la que identificaron los principales estudios que abordaban el entrenamiento específico para la demencia. Como resultado de esta revisión, encontraron que los temas de capacitación más comúnmente considerados fueron la atención

centrada en la persona, la comunicación con las personas afectadas por la demencia y la información sobre la demencia. Los roles de los/as diferentes profesionales sociales y de la salud, los cuidados paliativos de las personas con demencia y la comprensión de la dinámica familiar aparecían, por el contrario, como los menos destacados en la capacitación.

En esa misma línea, Johnston y otros (2017), abordaron la importancia del compromiso que el personal ha de adquirir con estas personas de cara a mantener su calidad de vida. Para ello, realizaron una aproximación a la denominada Terapia de la Dignidad, que es una intervención interactiva y psicoterapéutica que utiliza un/a terapeuta denominado/a "terapeuta de la dignidad", capacitado/a para guiar a la persona con demencia a través de una entrevista que luego crea un legado escrito llamado documento de generatividad. Los autores señalan que este documento puede aportar conocimientos que sirven de base para los cuidados a medida que la enfermedad avanza. Los documentos de generatividad se analizaron por los autores, mediante un análisis marco. Los temas principales del análisis fueron el origen de los valores, la esencia y la afirmación del yo, el perdón, la resolución y el existencialismo/sentido de la vida. Estos temas proporcionan evidencia del tipo, el alcance y la contribución que la información generada a partir de la Terapia de la Dignidad puede hacer al cuidado y apoyo de las personas con demencia. Proporcionan información sobre los valores, la identidad propia y las personas y acontecimientos que han sido importantes para ellos/as y han influido en sus vidas, lo cual ayuda a promover el conocimiento de la persona atendida y, por tanto, a la Atención Centrada en la Persona.

Por su parte Griffiths et al. (2018), desarrollaron una escala, ADAPT, para monitorizar el tipo, el contenido y el alcance del entrenamiento (formación) en el conocimiento de la demencia y la ACP en el ámbito de la prestación de cuidados habitual. Para desarrollar la escala realizaron una revisión de la investigación, las teorías, las auditorías y los planes de estudio publicados que abarcan el conocimiento de la demencia y la atención centrada en la persona, han contrastado con expertos, etc. La herramienta ADAPT está estructurada en tres secciones: capacitación en el conocimiento de la demencia, capacitación en el conocimiento de la demencia desde la ACP y calificaciones de demencia de nivel superior. En la sección de capacitación en el conocimiento de la demencia se pregunta si el cuidado en el domicilio brinda capacitación en el conocimiento de la demencia y, de ser así, si la capacitación cubre tres áreas clave: conocer los signos de la demencia, conocer los diferentes tipos de demencia y comprender cómo comunicarse con las personas con demencia. En la segunda sección, la de la capacitación en el conocimiento de la demencia desde la ACP, se pregunta si está disponible esta capacitación y la toma de conciencia y, de ser así, si cubre siete áreas clave: qué es la ACP, la importancia de ver a la persona como un individuo, entender cómo podría ser vivir con demencia, la importancia de conocer a la persona, la importancia de apoyar las elecciones de la vida diaria, entender que todo el comportamiento es significativo y no desafiante, comprender cómo las prácticas de cuidado pueden impactar en el bienestar y el impacto de la comunicación y las acciones en otros. Para estas dos primeras secciones, se pueden evaluar varios paquetes de capacitación a la vez. Con respecto a la última, las calificaciones de demencia de nivel superior, preguntan si alguien dentro del servicio de atención tiene una calificación de demencia de nivel superior (por ejemplo, Título Universitario en Estudios de Demencia o equivalente), para evaluar el potencial de liderazgo en el lugar donde se lleva a cabo el cuidado en demencia centrado en la persona. La conclusión es que, tras el testeado, parece que

la herramienta es válida para medir el nivel de entrenamiento del personal en los aspectos citados: demencia, ACP y posibilidad de liderazgo por personal con cualificación alta.

En el año 2020, Gridley y otros realizaron un estudio cualitativo donde analizaron las buenas prácticas en el trabajo a través de las historias de vida en personas con demencia (Gridley et al., 2020). El artículo recoge un estudio cualitativo en el que se analiza qué consideran las diferentes partes interesadas (personas con demencia, cuidadores/as familiares y personal de atención directa principalmente) que es una buena práctica de la herramienta historia de vida, partiendo de la base de que pese al interés internacional existente por esta forma de trabajo propia del enfoque de Atención centrada en la Persona, hasta ahora, hay poco acuerdo sobre lo que constituye una buena práctica y poca evidencia desde las perspectivas de las personas con demencia o sus cuidadores/as familiares.

Se llevaron a cabo grupos de discusión con personas con demencia, cuidadores/as familiares, con personal profesional y personas voluntarias con experiencia en el trabajo de historias de vida. Se obtuvieron conclusiones tanto respecto al proceso como a los resultados. Como se señala en el artículo, tanto durante el proceso como en el posterior análisis de los resultados, se constató que es frecuente que las personas con demencia tengan diferentes puntos de vista acerca de para qué sirve el trabajo de historias de vida y de cómo deberían utilizarse los productos obtenidos de la elaboración de la misma, así como diferentes motivos para embarcarse en el trabajo de dicha elaboración a los que pueden tener las personas cuidadores y los profesionales que trabajan con ellos/as.

Mientras que, para las personas con demencia las razones de tipo personal, más relacionadas con disfrutar y compartir buenos momentos con familiares y amigos o mantener los recuerdos, eran las que tenían un mayor peso, en el caso de cuidadores/as y profesionales, estos motivos se venían a compartir con otros más vinculados a aspectos que podríamos englobar dentro del desempeño profesional. A partir de esta distinción, tal y como señalan los autores, se podrá comprender la diferente interpretación de una buena práctica.

Como ejemplo, se expone el caso de los documentos de tipo personal que, tanto en contenido como en uso y formato, pueden constituir o no, una herramienta de atención, ya que los intereses de personas y profesionales difieren. En términos de contenido, dirán los autores, las personas pueden elegir poner información muy diferente en un documento para su uso personal que en algo que va a ser visto y utilizado por los profesionales. De la misma manera, a la hora de elegir el formato de ese documento personal, también se expresaron claras diferencias en función de a quién estaban dirigidos y de ahí, la propuesta realizada por algunas personas de contar con diferentes versiones del mismo documento

Los autores sacaron como principales conclusiones las siguientes: el reconocimiento de que no todo el mundo querrá participar en el trabajo de la historia de vida y que algunas personas pueden incluso encontrarlo angustioso, la importancia de que el proceso sea dirigido por la propia persona con demencia, la necesidad de formación y apoyo para el personal, los/as cuidadores/as y el personal voluntario y el potencial del trabajo de la historia de vida para celebrar la vida de la persona hoy y mirar hacia el futuro.

También en 2020, Baillie y Thomas (2020) realizaron un estudio en el que se abordaba la necesidad de completar los documentos de información personal en una etapa temprana tras el

diagnóstico de la demencia y la importancia de integrar su uso en todos los entornos de atención, para apoyar la comunicación y la atención integrada.

Todo ello, señala la importancia de formar a los equipos profesionales en herramientas dirigidas a conocer mejor a la persona a la que se atiende con el fin de garantizar un buen trato, independientemente de las necesidades de cuidado de la persona o de si tiene demencia.

- **Terapia no farmacológica para la prevención y el manejo de trastornos de conducta**

Atendiendo, entre otros factores, al aumento de la población con demencia, mencionada en el apartado anterior, los síntomas asociados a la demencia se han convertido en objeto de estudio de numerosas investigaciones. Una de las líneas de investigación en esta área, está relacionada con las alteraciones de conducta, ya que están presentes en un amplio porcentaje de personas que sufren cualquier tipo de demencia. Se caracterizan, principalmente, por cambios generalmente abruptos del comportamiento relacionados con la agitación, la agresión, la deambulación o las alucinaciones, entre otros. Se tratan, por tanto, de factores que condicionan la calidad de vida de la persona que los presenta, así como de su entorno, al ser un hecho que puede alterar la convivencia, y de uno de los puntos relevantes en los planes de intervención dentro del ámbito gerontológico.

Los planes de intervención en demencias están protagonizados por las terapias farmacológicas que buscan disminuir la intensidad y frecuencia de los trastornos de conducta para mejorar, en la medida de lo posible, la calidad de vida. Teniendo en cuenta la polifarmacia presente en gran parte de las personas mayores, los efectos secundarios que pueden generar algunos de los fármacos más utilizados con este fin y la dependencia que pueden llegar a generar, las intervenciones no farmacológicas han adquirido mucha relevancia en los últimos años para el tratamiento de los síntomas psicológicos y comportamentales de la demencia, como se ha podido reflejar también en los resultados de la búsqueda bibliográfica.

A lo largo de la revisión, se han identificado varios estudios que abordan esta temática. Algunos de ellos realizan una revisión sistemática de la literatura para conocer la eficacia de las terapias no farmacológicas en el manejo de las alteraciones conductuales en personas con demencia. A su vez, se puede destacar que, dentro de estos estudios, muchos analizan en concreto la efectividad, en concreto, para la agitación en las personas con demencia. Abraha y otros (2017) analizaron la evidencia existente en relación con la eficacia de este tipo de intervenciones en la comunidad y en residencias. Las intervenciones fueron clasificadas de acuerdo con las siguientes categorías: intervenciones de estimulación sensorial que abarcan acupuntura, aromaterapia, terapia de masaje, terapia de luz, terapia de jardín sensorial, estimulación cognitiva, música / canto y terapia de baile, terapia “snoezelen” y terapia de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS); intervenciones cognitivas u orientadas a la emoción que incluyen terapia de reminiscencia, terapia de validación y terapia de presencia simulada (TPS); técnicas de manejo de conducta (se han dividido en las que se dirigen a la persona con demencia, la que se dirigen a los/as cuidadores/as o las que se dirigen al personal de centros) y otras intervenciones, como terapia de ejercicios, terapia con mascotas y unidad de cuidados especiales. De los resultados hallados concluyeron que los tratamientos más prometedores parecen ser la musicoterapia y algunas técnicas de manejo de conducta,

particularmente las que se dirigen a cuidadores/as y a personal de centros de larga estancia, ya que son los que mejor redujeron los síntomas conductuales y psicológicos en la demencia.

Por su parte, Ballard et al. (2018) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de intervenciones basadas en ACP y en intervenciones psicosociales incorporando una revisión antipsicótica, en calidad de vida, en agitación y en el uso de antipsicóticos en personas con demencia que viven en centros de larga estancia, y determinar su coste. Utilizaron una intervención llamada WHELD, donde hay una primera fase de orientación donde se explica el proyecto y se proporciona información, se nombra a los WHELD champions (facilitadores en cada organización) y se ajustan expectativas, que consta de 2 días enteros o 4 medios días en un mes, y una segunda fase que dura 8 meses, donde principalmente se proporciona entrenamiento en ACP y trastornos de conducta. Tras el estudio, se evidenciaron mejoras en calidad de vida, en agitación y en síntomas neuropsiquiátricos, así como en el coste tras la aplicación de WHELD en comparación con tratamientos habituales en personas con demencia (terapias farmacológicas). Es decir, que atender a las personas bajo un modelo de cuidado centrado en las personas disminuye los trastornos de conducta, en línea con lo hallado por Abraha et al. (2017). Este resultado se refuerza con lo hallado por Yasuda y Sakakibara (2017), quienes concluyen que el entrenamiento al personal en ACP y DCM (Demencia Care Mapping) contribuye a la mejora de la situación de los residentes con demencia, así como a su calidad de vida (la muestra mejora significativamente en el DCM). Esto puede ser debido a que el entrenamiento permite al personal revisar sus interacciones diarias con los residentes. Por ello, se considera que el entrenamiento cambia la conducta del personal mejorando así la calidad de vida de los/as residentes con demencia.

Además, también es destacable cómo un número significativo de estudios que se han llevado a cabo recientemente, apuntan a la ACP como una forma de atender a las personas que disminuye la alteración de conducta, haciendo especial énfasis en la necesidad de capacitar al personal en este sentido además de en manejo de conducta y en el conocimiento sobre la demencia. En esta misma línea, Galiana y Haseltine (2019), a lo largo de la investigación realizada para identificar retos globales del envejecimiento y posibles soluciones, recogieron experiencias como la desarrollada en Beatitudes Campus, una comunidad de vida para personas mayores con soluciones asistenciales para personas con demencia, que apuntan a la ACP como método exitoso en la reducción del uso de medicación.

En 2019, Husebø y otros (2019), realizaron una investigación destinada a comprobar la intervención multicomponente del ensayo COSMOS, que combina la comunicación, el tratamiento sistemático del dolor, la revisión de la medicación y las actividades, en la mejora de la calidad de vida en centros de larga estancia dirigidos a la atención de personas mayores con necesidades complejas. La principal conclusión de este estudio es que la calidad de vida disminuyó temporalmente en el grupo de intervención, lo que apoya la hipótesis de la investigación que apuntaba a que el personal sanitario puede abrumarse durante el período de intervención de COSMOS, que es intensivo en trabajo. Sin embargo, la disminución se revirtió significativamente durante el seguimiento, lo que indica un posible efecto de aprendizaje. Además, el grupo de intervención mejoró significativamente en la función de las actividades de la vida diaria (AVD) y recibió menos medicación, y el personal informó de menos angustia y juzgó que COSMOS podía provocar un cambio clínicamente relevante. Esto sugiere que las intervenciones multicomponentes no farmacológicas requieren un seguimiento prolongado para garantizar la asimilación y los efectos beneficiosos.

En 2021, Miller y otros (2021) publicaron un artículo en el cual abordaban la adecuación de desarrollar prácticas de atención psicosocial y ambiental para abordar las expresiones conductuales en las personas con demencia. Debido a la carencia existente en cuanto a cómo implementar esas prácticas, su uso ha sido limitado. Por ello, los autores desarrollaron una guía sencilla de protocolos basados en la evidencia para la aromaterapia, luz natural, música familiar y mascotas robóticas. Formaron al personal de cuatro comunidades de vida asistida para que utilizaran las prácticas, les proporcionó materiales, se reunió con ellos/as periódicamente y evaluó la fidelidad, los facilitadores y las barreras a los obstáculos a la aplicación, así como los conocimientos, las actitudes y la autoeficacia del personal. Al cabo de dos meses, el personal se mostró con más familiaridad, confianza y uso adecuado. En el artículo también se citan como obstáculos, la dificultad para localizar suministros y el personal centrado en la tarea con tiempo limitado.

- **Musicoterapia**

Se han encontrado 2 artículos que abordan el papel que puede jugar escuchar música como recurso que puede influir en el comportamiento y facilitar la conexión y la relación entre personas con deterioro cognitivo y su entorno, incluidas las personas cuidadoras.

En esta línea, dos Santos y otros (2019) realizaron un estudio que pretendía analizar las evidencias científicas disponibles en la literatura sobre el uso de la música como recurso terapéutico en entornos hospitalarios y de cuidados a personas con deterioro cognitivo y trastornos de la conciencia. Tras la búsqueda de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales, concluyeron que los estudios sobre musicoterapia en los trastornos de la conciencia son heterogéneos y que hay pocos investigadores/as a nivel mundial en el área, aunque señalaron el alto número de publicaciones de Wendy L. Magee, una investigadora de la Universidad de Temple en Filadelfia que ha tenido una producción muy relevante en este ámbito. Los autores explicaron que todos los estudios seleccionados se centraron en las propiedades de excitación, atención y activación del estado de ánimo mediante la musicoterapia. El método utilizado en todos los estudios fue la estimulación por vía auditiva y sin la presencia de otros ruidos en el ambiente.

El estudio concluyó que, aunque en la literatura científica existieran algunas evidencias de la eficacia de la terapia musical en el tratamiento y la evaluación de las personas en coma, estados mínimamente conscientes y estado vegetativo persistente, es necesario continuar realizando más estudios sobre los niveles de intensidad aplicados a la terapia musical y las especificidades de su uso en los más diversos contextos, con el fin de subvencionar revisiones sistemáticas para la construcción de protocolos e instrumentos para su uso en los hospitales u otros lugares de cuidados de larga duración.

El segundo de los artículos describe una intervención musical denominada como “de emergencia”, que realizó la autora Claire Garabedian (2020). Partiendo de la evidencia probada de que la música tiene la posibilidad de captar y mantener eficazmente el compromiso de todos los oyentes, incluso de aquellos que se encuentran en un estado altamente perturbado o ansioso, la intervención desarrollada ilustra cómo se utilizó la música como medio de conexión y confort con una persona muy agitada con demencia avanzada. Con esta experiencia, la autora proporcionó un fuerte apoyo para

aumentar la formación de los músicos hacia la provisión de música para las personas que viven con demencia, especialmente cuando otros métodos no farmacológicos no están resultando eficaces.

- **Sexualidad**

La sexualidad en las personas mayores sigue siendo un tabú en gran parte de la sociedad a nivel mundial, motivo por el cual, hoy en día, no hay muchas investigaciones que aborden este tema. No obstante, se han hallado 3 artículos destacables que abordan la expresión de la sexualidad en las residencias.

En primer lugar, Villar y otros (2019) abordaron la situación de la sexualidad en las residencias españolas. El estudio tenía tres objetivos: determinar cómo percibe el personal la frecuencia de las diferentes expresiones sexuales en residencias de personas mayores, cuantificar las políticas destinadas a garantizar los derechos sexuales de las personas en este tipo de centros y determinar los factores que influyen en la presencia de este tipo de medidas.

Los autores situaron el interés del estudio en el hecho de que cada vez cobra más importancia la necesidad de abordar la expresión de la sexualidad en las personas mayores, ya que durante los últimos años ha sido posible evidenciar que las necesidades sexuales no desaparecen en la vejez, ni en el momento de ingresar a una residencia o centro de larga estadía, en contra de lo que se creía en el pasado, cuando se asumía que solo una minoría sentía deseo sexual.

Evidenciaron una gran diversidad en los comportamientos sexuales (principalmente, besos, caricias y masturbación) con una elevada frecuencia, pues el 25% del personal profesional afirmó haberlos observado. Asimismo, reflejaron que el 39% había presenciado conductas como el exhibicionismo y un 27% tocamientos a profesionales. En cambio, fueron menos las personas participantes que mencionaron las políticas relativas a la formación o a la disponibilidad de materiales y recursos útiles. Factores como el nivel profesional (directores de enfermería frente a personal técnico), la formación personal, el compromiso del centro con la atención centrada en la persona y la frecuencia estimada de las conductas sexuales, se asociaron a una mayor presencia de políticas de expresión sexual.

Con todo lo detectado, el estudio estableció como conclusiones principales que, aunque las conductas sexuales entre las personas mayores son bastante frecuentes, todavía hay margen de mejora en las políticas de apoyo a la expresión de la sexualidad, ya que existe una gran diversidad entre las instituciones que reconocen implementar medidas y entre las cuales lo hacen en una menor medida. Se establece que los modelos de atención centrados en la persona podrían ayudar a garantizar los derechos sexuales de las personas mayores que viven en centros de larga estancia. Por este motivo, resulta de interés, que los equipos de profesionales de residencias de personas mayores tengan formación en este ámbito y en el modelo de atención centrada en la persona.

Por otro lado, el estudio llevado a cabo por Horne y otros (2021) se centra también en el respeto y promoción de los derechos sexuales de las personas mayores en los centros de larga estancia, pero poniendo el objetivo en identificar y examinar los recursos de educación y formación con que cuenta el personal de enfermería y cuidados, para poder satisfacer esas necesidades.



De acuerdo con ese objetivo de identificar intervenciones y recursos educativos que tuvieran como objetivo facilitar al personal de las residencias la satisfacción de las necesidades de sexualidad, intimidad y relación de las personas atendidas, los autores realizaron una revisión sistemática de la literatura. Entre los estudios y recursos identificados, tanto el contenido de la educación como la metodología, la presentación, el diseño y la duración eran muy variados. El objetivo de las intervenciones y los recursos educativos era aumentar los conocimientos y mejorar y/o cambiar las actitudes hacia la expresión sexual de las personas mayores que viven en residencias, la sexualidad y el envejecimiento y la expresión de la sexualidad en las personas con demencia.

Finalmente, los autores concluyeron que, pese a que las intervenciones educativas y recursos de formación identificados eran escasos, en relación a los resultados obtenidos por estos, sugerían que las intervenciones educativas pueden mejorar los conocimientos y/o cambiar las actitudes del personal asistencial, a corto plazo, hacia la sexualidad, la intimidad y las necesidades relacionales de las personas mayores en los centros de atención, lo que puede facilitar que el personal mejore la atención centrada en la persona en esta área de necesidad.

Por último, resulta interesante señalar el estudio realizado por Waterschoot y otros (2021), porque se centra en las personas mayores con demencia. De manera más concreta, el objetivo de esta investigación radica en conocer la percepción del personal de asistencia o cuidado sobre las expresiones íntimas y sexuales de estas personas dentro del contexto de los centros de larga estancia holandeses. Para ello, entrevistaron a 26 profesionales del cuidado en centros de larga estancia de personas mayores (15 enfermeras, 9 profesionales de la salud y 2 gerentes), los cuales completaron entrevistas en profundidad que fueron sometidas a un Análisis Fenomenológico Interpretativo (AFI). Tras el análisis, se obtuvieron resultados a través de los cuales identificaron tres estratos temáticos que señalaban lo siguiente: los/as profesionales de la atención persiguen una "verdadera" comprensión del comportamiento íntimo y sexual que sustenta la expresión de la persona residente; cuando los/as profesionales de la atención sienten la necesidad de protegerse, pueden replantear una relación de atención específica para continuar con la atención; y el contexto social que rodea a la persona mayor, desde la familia hasta los profesionales (es decir, los/as compañeros/as), influye en la interpretación del comportamiento y, en consecuencia, en la prestación de los cuidados.

Basándose en esos resultados, los autores concluyeron que las expresiones íntimas y sexuales de las personas mayores con demencia, pueden poner bajo presión las relaciones asistenciales. También, dan especial relevancia a trabajar la distancia profesional, ya que, cuando en las relaciones asistenciales ésta no se mantiene, el juicio de estos/as profesionales puede quedar comprometido, no manteniendo los límites naturales y disminuyendo su bienestar. Además, junto con la aplicación de los principios de la atención centrada en la persona, los autores señalan la importancia de que las organizaciones capaciten al personal para desarrollar, discutir e incluir habilidades de autorreflexión y límites personales dentro de su trabajo.

- **Habilidades relacionales**

En el trabajo relacionado con el cuidado, al tener un componente personal y humano, las habilidades relacionales de los equipos profesionales marcan la diferencia en la calidad del cuidado.

Por este motivo, algunos autores han estudiado este aspecto en los/as profesionales que trabajan con personas mayores.

Saldert y otros (2018), a través de una investigación mixta que estudió el discurso en la interacción entre el personal de enfermería y las personas mayores con afasia, concluyeron que la variación en la cantidad del tiempo dedicado a la interacción entre estos agentes puede estar más relacionada con factores personales que con la gravedad del trastorno de comunicación o tipo de actividad. Además, evidenciaron que el personal de enfermería puede pasar mucho tiempo interactuando socialmente de una manera personal con los/as residentes con trastornos de comunicación graves en las tareas cotidianas. Asimismo, concluyeron que se debe tener en cuenta que el tipo de conversación, según su contenido y objetivo, puede determinar el rol e identidad social que adopta o presenta cada persona en la interacción. En este sentido, la identidad social de una persona puede considerarse un recurso flexible que puede cambiar para adaptarse a las demandas de la situación. Por este motivo, se deben tener en cuenta los factores contextuales y personales de los/as residentes y personal de enfermería en el trabajo clínico a la hora de diseñar estrategias comunicativas en el cuidado a largo plazo, especialmente cuando hay una patología que limita la comunicación, como la afasia. Este estudio mostró que la interacción entre las personas mayores o residentes y personal profesional es un punto clave a la hora de definir la comunicación y las habilidades relacionales en la atención centrada en la persona. Corroboró que facilitar conversaciones sobre temas que desvíen el foco de atención del cuidado de enfermería, permite que el residente asuma y presente otra identidad social y favorece que sea reconocido como persona única con experiencias y rasgos personales.

En esta misma línea, Kang y otros realizaron un estudio en el que examinaron cómo los/as residentes de los centros de larga estancia de personas mayores perciben las relaciones en sus redes sociales, tanto dentro como fuera del centro (Kang et al., 2020). En este estudio se pone de manifiesto la necesidad de que el personal de estas instituciones comprenda cómo las relaciones sociales de las personas mayores influyen en sus resultados psicosociales.

En otro estudio, Boumans y otros (2019) señalaron la importancia del comportamiento, las actitudes y la interacción entre el personal y los/as residentes y cuidadores/as informales, ya que contribuye a la autonomía de las personas con demencia y mejora la prestación de cuidados.

- **Comunicación**

La necesidad de mejorar las habilidades comunicativas del personal de atención directa es un tema recogido en varios de los estudios revisados. Sin embargo, en algunos de los estudios se investiga la comunicación de manera más específica.

Aunque un poco más alejado en el tiempo, hemos querido recoger la investigación realizada por Savundranayagam y otros en 2016, por considerarla de gran interés aún en la actualidad. Los autores destacaron la importancia de la comunicación en la ACP. Por ello, investigaron el impacto de una comunicación basada en los principios de la ACP y las oportunidades de comunicación perdidas entre trabajadores/as y personas residentes, analizando las reacciones de estas últimas. Las declaraciones del personal fueron clasificadas en comunicación centrada en la persona y oportunidades perdidas (oportunidades que tenía el personal para interactuar en clave ACP con las personas y que no se produjeron). Las de las personas mayores fueron codificadas en reacciones

positivas (como la cooperación) y en reacciones negativas (como distress) (Savundranayagam et al., 2016).

Los resultados concluyen que, a más oportunidades perdidas en las conversaciones, más reacción negativa por parte de residentes y a más uso de comunicación centrada en la persona más reacciones positivas. El análisis de las reacciones de estas personas ante diferentes enfoques de comunicación por parte del personal brinda información sobre cómo capacitar al personal para que se centre en la persona en su día a día. Específicamente, los hallazgos demuestran la necesidad de autocontrol por parte del personal para distinguir entre una interacción centrada en la persona y una oportunidad perdida. Los/as cuidadores/as necesitan conocer las estrategias que constituyen la comunicación centrada en la persona. Además, precisan saber cómo monitorear las reacciones de las personas mayores o seguir sus indicaciones para mantener una interacción centrada en la persona. Por ejemplo, es importante saber dar valor a momentos en los que revelan detalles personalmente relevantes. Igualmente, cuando piden una aclaración, es necesario que el personal se tome el tiempo de atender y responder a sus solicitudes. Estas reacciones por parte del personal tienen más probabilidades de producir reacciones más positivas por parte de las personas residentes. Por lo tanto, la capacitación en comunicación centrada en la persona para el personal mejoraría su relación con los/as residentes, mejoraría el bienestar de las personas, reduciría los comportamientos negativos y permitiría al personal proporcionar una atención basada en una mayor confianza y facilidad, respetando la personalidad de las personas atendidas.

Un año más tarde, Guzmán et al. (2017) continuaron centrando la atención en la importancia de los programas de entrenamiento del personal en comunicación. Para ello, evaluaron la eficacia del programa “Ladder to the Moon culture change Studio Engagement Programme”. Este programa pretende entrenar al personal de residencias y viviendas tuteladas para mejorar la comunicación entre personal y residentes, utilizando como herramientas para ello películas y teatro. Sin embargo, en este caso, aunque el programa muestra algún efecto positivo en el personal y conforma una propuesta innovadora, los familiares lo entendieron más como una actividad de diversión que de entrenamiento y cambio de cultura, por lo que los autores concluyen que quizá deban plantearse otras herramientas más concretas para garantizar mejores resultados.

Por otro lado, Williams y otros realizaron un análisis secundario en el que, partiendo de la importancia de la comunicación centrada en la persona que reconoce al individuo como tal y responde a sus sentimientos, preferencias y necesidades, pusieron a prueba cuatro estrategias interdisciplinarias para medir los cambios en la comunicación centrada en la persona utilizados por el personal de la residencia de personas mayores tras una intervención (Williams et al., 2018). Para ello, se contó con la participación de 39 auxiliares de enfermería de 11 residencias de personas mayores, que participaron en 3 sesiones de la formación en comunicación “Changing Talk”. Se recogieron grabaciones de vídeo en 3 momentos: al inicio, inmediatamente después de la intervención y a los 3 meses de seguimiento. La comunicación del personal se analizó mediante la codificación conductual, psicolingüística y de tono emocional de la comunicación con las personas mayores y el análisis de contenido de los temas de comunicación. Se utilizó la prueba de rango de signos para comparar los cambios posteriores a la intervención para cada medida de comunicación. Se produjeron mejoras en la comunicación justo después de la intervención para cada medida; sin embargo, los cambios fueron

estadísticamente significativos sólo para las medidas conductuales y psicolingüísticas. El estudio concluyó con la comparación de los métodos y los resultados de cada medida de comunicación y con la discusión sobre las implicaciones que tiene para la investigación futura el uso de las medidas de comunicación centrada en la persona como herramienta para mejorar la atención.

Finalmente, Burton y otros llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo conocer el valor que las personas proporcionan a diversos aspectos de la atención centrada en la persona (Burton et al., 2017). El estudio se centró en pacientes de hospital con daño crónico e insuficiencia respiratoria, no obstante, el enfoque es el de la ACP. Uno de los principales hallazgos de este estudio fue que las personas consideraron que la comunicación era neutra y con lenguaje profesional en lugar de comunicarse con las personas en un tono comunicativo "amistoso y personal". Este resultado pone de manifiesto la necesidad de capacitar a los profesionales en comunicación de manera diferente a la actual. La comunicación desde el punto de vista de la ACP debe estar dirigida a orientar su contenido en un sentido amplio en propósitos que orienten a la persona para que pueda actuar desde su situación y hacia lo que le importa en la vida. Sin ese tipo de propósito, es poco probable que el estilo de comunicación logre satisfacer a las personas bajo este paradigma de atención.

- **Hábitos saludables**

Los principales temas tratados dentro del área de hábitos saludables son: el sueño, la alimentación y ejercicio físico.

Con respecto al sueño, Li et al. (2017) evaluaron la eficacia de una intervención pre-post con grupo control que tuvo por objeto mejorar el sueño de personas con demencia que vivían en viviendas con servicios. Se realizó entrenamiento al personal y se midió la mejora del patrón de sueño de las personas; es decir, el impacto que este entrenamiento al personal tuvo en el sueño de las personas residentes. El entrenamiento se centró en el marco de la ACP, se llevó a cabo durante 3 meses y constó de clases teóricas (aunque muy basado en la práctica), supervisión y soporte en la práctica. Se realizaron 3 módulos en clase (8 horas) donde se trabajaron, a través de role-playing y ejercicios de aprendizaje activo (basados en ejemplos reales sacados de esa misma organización), las siguientes temáticas: las características de sueño en personas con demencia, los factores asociados a un sueño pobre y estrategias para mejorar el sueño en personas con demencia basándose en los principios de la ACP. Tras las clases, se trabajó en la práctica con técnicas de modelado de rol y ayudando al personal a pensar en las situaciones como si ellos fuesen los residentes. Finalmente, tuvieron 2 semanas para consultas a los/as formadores/as. Tras la realización del entrenamiento, el grupo de intervención obtuvo con respecto al control más sueño nocturno y menos diurno que el control tras la intervención. Estos resultados pueden deberse a 3 razones principales: la ACP ofrece menos oportunidades para el sueño diurno al mantener a las personas enganchadas en actividades significativas y con sentido, el estímulo social y físico puede servir como una cuestión externa que ayuda a regular los ritmos circadianos de las personas y, por último, la mejora en el bienestar subjetivo de las personas puede mejorar asimismo su sueño.

Con respecto a la alimentación, Keller y otros realizaron la descripción de un protocolo utilizado para examinar los determinantes de una buena ingesta alimentaria entre personas mayores de residencias (Keller et al., 2017). Consideraron que conocer estos determinantes, relacionados con

la normativa y reglamentación por la que se rigen las residencias, junto con sus características, niveles de personal, sus conocimientos y las prácticas, podría proporcionar información de interés para capacitar al personal como agentes promotores de una ingesta alimentaria adecuada y satisfactoria para las personas mayores que viven en residencias. Parkinson y Thompson (2021), más recientemente, han abordado también aspectos relacionados con la alimentación, desde la preocupación existente en Inglaterra por la alta prevalencia de personas mayores con obesidad a nivel nacional y su incidencia en la cifra cada vez mayor entre las personas atendidas en el sistema residencial. En el estudio, los autores abordaron, en concreto, la opinión del personal de las residencias de personas mayores al respecto y su grado de preparación para abordar esa circunstancia desde una atención centrada en la persona. Para ello, realizaron grupos focales, en los que participaron un total de 33 personas de 7 residencias diferentes del noreste de Inglaterra que, posteriormente, analizaron a través de un análisis temático. Los resultados revelaron, además del aumento de la demanda de ingreso en residencias por parte de las personas mayores con obesidad, las implicaciones de la creciente prevalencia de la obesidad en las personas mayores, la necesidad de capacitar al personal para ofrecer una atención centrada en la persona (PCC) y de tener en cuenta el impacto que tiene lo que se señala como “epidemia de la obesidad” en el diseño y adecuación de los espacios, en cómo garantizar la seguridad, en caso de evacuación, por ejemplo, impacto en las posibilidades de personalización de espacios, etc. Dada la tendencia al aumento de la prevalencia de la obesidad en esta población, los autores señalan que los resultados poseen un amplio potencial de traslación, aunque también reconocen que el estudio tiene limitaciones como el hecho de basarse en respuestas de un pequeño número de personal de centros de larga estancia de personas mayores situadas en una única región de Inglaterra. Por ello, finalizan diciendo que es necesario realizar más investigaciones para tener en cuenta un número mayor de opiniones y experiencias de personas mayores con obesidad.

Keller y otros han abordado recientemente los factores que provocan que, en muchas ocasiones, las personas mayores que viven en centros de cuidados de larga duración tengan una ingesta deficiente de alimentos y líquidos, que acaba derivando en una situación de desnutrición y deshidratación (Keller et al., 2022). Con este trabajo, los autores continúan investigando en una línea que ya habían iniciado en 2017 (Keller et al., 2017), investigando los factores que influyen en la ingesta de alimentos y líquidos en esta población. Mientras que en 2017 exponían los resultados de una investigación concreta en la que ya se analizaba la influencia entre aspectos físicos y psicosociales respecto a la ingesta de alimentos, en esta ocasión, profundizan en los factores tanto institucionales, entre los que señalan procesos inadecuados de atención nutricional, la calidad de los alimentos, la falta de ayuda para comer y las experiencias que se dan en ese momento, como en los factores de tipo relacional, entre los que se señala la calidad de las interacciones entre el personal y los/as residentes.

Los autores plantean que son factores modificables y para ello se hace necesario partir de aquellas directrices basadas en la evidencia sobre la nutrición y la hidratación de las personas mayores, incluidas las que viven con demencia, por ser las que, pese a no ser específicas del sector, describen las mejores prácticas. Debido a la falta de especificidad, su aplicación en los centros hace necesario considerar su viabilidad en estos entornos incluyendo el impacto del gobierno, las características de los centros de atención sanitaria y otros sistemas y estructuras que afectan a la forma en que se presta

la atención. Los autores hacen especial énfasis en cómo cada vez se reconoce más que las relaciones interconectadas entre los residentes, los familiares y el personal de los centros, influyen en las actividades de atención y pueden ofrecer oportunidades para mejorar la nutrición de las personas atendidas. En este artículo, se reformulan las recomendaciones basadas en la evidencia, en prácticas de atención centradas en las relaciones para los procesos de atención nutricional, los alimentos y los menús, la asistencia alimentaria y la experiencia del momento de comer. Posteriormente, se amplía esta evidencia en acciones para su implementación, clasificándolas según su viabilidad e identificando las entidades responsables. Con base en ese análisis, se concluye que gran parte de las acciones recomendadas presentan dificultades para esa puesta en marcha, requiriendo de financiación, políticas y normas gubernamentales orientadas a mejorar la atención nutricional. Es necesario que desde la dirección de las residencias se asignen funciones, se impulse e inicie la formación y se apoye las mejores prácticas. Los autores también ponen el foco en la importancia de la rendición de cuentas y auditoría de las prácticas, para generar mayor evidencia del beneficio de esas acciones para la nutrición y el bienestar de los residentes.

Finalmente, con respecto al ejercicio físico, encontramos dos artículos que lo abordan de manera diferente. Por un lado, Whyte y Fortune (2017) exploraron las formas en las que favorecer espacios naturales de ocio dentro de una residencia de personas mayores pueden actuar como generadores de experiencias cotidianas significativas y exitosas en el mantenimiento y conservación de la salud física, sin que esta tenga que ser realizada desde una alta exigencia o vinculada a actividades de salud física forzadas o específicas. Los autores, durante el estudio, realizaron entrevistas a 9 personas mayores, 8 miembros de la familia y 11 miembros del personal de una residencia de personas mayores de tamaño medio en Ontario, Canadá. A través de las experiencias relatadas por los participantes a lo largo de las entrevistas, se reveló cómo los espacios naturales de ocio eran también generadores de oportunidades para facilitar momentos y expresiones de individualidad, alimentar las relaciones y favorecer también el mantenimiento de los roles sociales familiares (Birkenhäger-Gillesse et al., 2018).

En Hawkins et al. (2018) realizaron un estudio para explorar, a partir de una perspectiva organizativa, las estructuras y los mecanismos que dan forma a diferentes prácticas de atención en relación con el movimiento de las personas mayores en dos residencias. Tras el estudio, los autores señalaron que es importante para el movimiento rutinario de los/as residentes la capacidad del equipo para traducir los, a menudo abstractos, valores adoptados por la organización en relación con la atención, en prácticas de atención tangibles y comunicar dichas prácticas al personal de atención directa. De esta manera, concluyeron que es a través del proceso de traducción y comunicación que las decisiones se pueden tomar con respecto a lo que es viable y aceptable en la práctica. Por ejemplo, empoderar a los/as residentes se tradujo en mantener la movilidad de los residentes, lo que requería que el personal manejara la necesidad de mantener a los residentes seguros mientras brindaba y alentaba oportunidades para moverse. Además, es importante que las prácticas resultantes sean valoradas por parte del personal de dirección, de manera que se reconozcan las posibles compensaciones (por ejemplo, el tiempo adicional que se tarda en realizar una tarea de cuidado particular para permitir que los residentes se movilicen).

Hawkins et al. (2018) destacan el papel de la capacitación y supervisión del personal, tanto formal como informal, para garantizar un enfoque coherente de la práctica de la atención y permitir un espacio para la reflexión y la resolución de problemas. Este estudio ha resaltado que, los planes de atención y vida que detallan los planes de movilidad para las personas que precisan de ayuda para moverse y desplazarse, pueden influir positivamente en el movimiento de estas personas durante las actividades rutinarias, como trasladarse al comedor o al baño. Es importante destacar que esa planificación de la atención puede ser un mecanismo adecuado para capacitar a las personas cuidadoras en cómo monitorear y tomar medidas con respecto a la movilidad y el movimiento de las personas mayores, y retroalimentar cambios importantes para éstas, a partir de la obtención de aportaciones de los/as supervisores/as.

- **Familias**

En la revisión realizada, uno de los estudios aborda una revisión sistemática sobre factores del personal de las residencias y centros de cuidado a largo plazo que contribuyen a la satisfacción de las familias en relación con la provisión de cuidados que se concede a sus familiares con demencia (Law et al. 2017). De los 14 artículos finalmente seleccionados, encontraron 3 áreas principales relacionadas con factores del personal que contribuyen al bienestar de las familias: en primer lugar, los factores relacionados con la familia y su relación con el personal, donde destacan los deseos de las familias de ser bien recibidas en la vida y los cuidados de su familiar y de una tener una relación recíproca con el personal, donde existe una buena comunicación, aprecio y respeto; en segundo lugar, los factores relacionados con la persona, que se centran en la composición y organización de la persona, donde se desarrolla que las personas quieren que el personal priorice la atención a su familiar por encima de las tareas que tiene que hacer y poder confinar en que el personal proporcione cuidado de alta calidad; y, en tercer lugar, los factores relacionados con la persona mayor, que se centran en la relación de personas con las personas mayores y la calidad del cuidado proporcionado. En este último punto se desarrolla también que las familias quieren que el personal establezca una relación de confianza con sus familiares, que le proporcionen estimulación y que respondan a las necesidades de estos.

Los resultados tienen muchas implicaciones para la práctica del personal y de los gerentes de las instituciones en relación con la organización del personal, y el entrenamiento de los/as profesionales, su reclutamiento y retención. Las familias quieren equipos estables para lograr lo anteriormente mencionado, quieren poder conocer bien al personal e interactuar con los mismos y que respondan adecuadamente a las necesidades de sus familiares y a las suyas propias. Quieren un equipo bien formado y organizado. Aunque esta revisión no se realiza desde una perspectiva ACP, de los resultados hallados se observa que estos se encuentran en estrecha relación con los principios de la ACP y la organización de equipos que se plantea para conseguir llevar estos principios a la práctica cotidiana.

Además, en 2022, tras la situación derivada de la pandemia por COVID 19, Gaugler y Mitchell (2022), han analizado cómo la situación vivida ha puesto de manifiesto la importancia que tiene para las personas mayores que viven en residencias o centros de cuidados de larga duración, mantener contacto con sus familiares. Ante el cierre de las instalaciones y las restricciones de visitas, los/as residentes experimentaron una privación social que puede haber dado lugar a resultados de salud significativos y adversos. Esta realidad, dicen los autores, ha magnificado la necesidad de determinar

cómo las familias pueden seguir participando de manera más efectiva en las vidas de las personas mayores. Este artículo plantea que, como resultado de la pandemia, se ha acelerado la necesidad de revisar y reimaginar la participación familiar en los centros de larga estancia.

- **Toma de decisiones compartidas**

Cómo apoyar a personas con demencia para que puedan participar de la toma de decisiones respecto a aspectos de su vida cotidiana es un elemento de gran importancia para valorar la calidad de la atención que reciben. Sin embargo, las personas que prestan cuidados en los centros de larga estancia no siempre tienen herramientas o saben cómo apoyar esa toma de decisiones.

De cara a analizar cómo se da la participación de estas personas respecto a aspectos vinculados a su salud y a su atención, Daly et al. (2018) realizaron una revisión sistemática que incluye investigaciones primarias relacionada con la toma de decisiones compartida, con personas adultas con demencia en (o transferible a) entornos de cuidados prolongados.

En los distintos estudios analizados, aparece la complejidad para determinar en qué medida puede darse esa participación en la toma de decisiones compartidas, pese a que las personas que viven con demencia quieren mayoritariamente participar en esas decisiones. En la investigación también se señala que existen características del personal de atención, que pueden actuar como facilitadores e inhibidores en la toma de decisiones compartidas. Algunos elementos facilitadores identificados son la calidez, estimular la memoria y apoyar el mantenimiento de rutina (que puede volverse negativa si se vincula a la tarea) y los inhibidores que pueden ser desincentivo a la independencia, despersonalización o adversidad a los riesgos. En el mismo sentido, en 3 de los estudios analizados (Feinberg LF, Whitlatch CJ. 2002; Menne HL, Tucke SS, Whitlatch CJ, et al. 2008; Whitlatch CJ, Feinberg LF, Tucke SS. 2005), se vio cómo la toma de decisiones compartida se veía reducida por factores muchas veces vinculados a aspectos de tipo social y a expectativas de cuidadores/as, cuando veían más aspectos negativos que positivos en la toma de decisiones compartidas.

Por otra parte, cuatro estudios desarrollaron y/o evaluaron el uso de herramientas y recursos para la toma de decisiones. Dos de ellos (Murphy y Oliver, 2013; Ferm et al., 2010) utilizaron recursos audiovisuales por medio de Talking Mats (TM), que conforman un sistema de comunicación basado en imágenes que permite a las personas indicar sus sentimientos sobre un tema determinado colocando la imagen correspondiente en una escala visual. El primer estudio comparó las TM con métodos de comunicación estructurados y no estructurados con cinco personas con enfermedad de Huntington y el segundo estudio con los métodos de comunicación habituales con personas con demencia y sus cuidadores/as. Pese a que ambos estudios informaron de mejoras en la satisfacción con el proceso para tomar decisiones cuando se utilizan las TM, en uno de ellos el sentimiento de participación fue significativamente mayor para los/as cuidadores/as que para las personas con demencia.

Otros dos estudios (Bailey et al., 2011; Span, 2016) desarrollaron herramientas informáticas para apoyar la toma de decisiones compartida. En uno de los casos, se diseñó una herramienta interactiva basada en la web para promover la participación a distancia de las personas con demencia y sus cuidadores/as en la toma de decisiones sobre temas como: contactos sociales y actividades diarias, movilidad y seguridad o cuidados futuros. En otro de los casos, se creó una ayuda visual para facilitar la toma de decisiones a quienes tienen una discapacidad de tipo cognitivo o de aprendizaje.



Para ello, presentaban la información de manera uniforme de cara a favorecer que, a través de esa uniformidad en la presentación de la información, la toma de decisiones en las elecciones cotidianas mejorase. Con un entrenamiento prolongado los resultados fueron satisfactorios.

Como resultado de la investigación, se establece que consultar a las personas con demencia genera beneficios en su calidad de vida, mejorando su autoestima, reduciendo niveles de depresión y contribuyendo a la mejora en la funcionalidad diaria. Así, se plantea también que pueden ir participando no solo en decisiones superficiales, sino también en las que atañen a su salud y atención. No obstante, para ello es importante que tanto cuidadores/as como familiares comprendan esta necesidad de la toma de decisiones de la persona que vive con demencia y deterioro cognitivo.

En segundo lugar, Villar et al. (2018) realizaron una evaluación cualitativa sobre el impacto que tiene para los/as profesionales incluir a las propias personas mayores en las reuniones interdisciplinares. Todas las personas participantes, profesionales y personas mayores, fueron incluidas en los equipos interdisciplinares. Los resultados del estudio, de cohorte cualitativo, confirman que la mayoría de los/as auxiliares relatan que entienden mejor a las personas con demencia, que se cuestionan más sus propias prácticas y que han aprendido sobre aspectos de trabajo en equipo tras la participación de las personas mayores en los equipos interdisciplinares.

- **Evitación de la entrada en CLE**

En la revisión realizada se han encontrado también estudios destinados a evitar o retrasar la entrada en un centro residencial o de larga estancia. Entre ellos, se ha recogido el estudio realizado en 2018 por Birkenhäger-Gillesse y otros (Birkenhäger-Gillesse et al., 2018). Los autores partieron de un estudio previo realizado en Australia dirigido a mejorar la formación de los/as cuidadores/as para evitar los síntomas de estrés y malestar que, además de ocasionar deterioro de su salud, implica una entrada de las personas con demencia en centros residenciales de manera temprana.

Como recogen los autores, el estudio australiano determinó que un programa de formación de cuidadores/as podría retrasar el ingreso en un centro de larga estancia, disminuir la mortalidad, reducir la morbilidad psicológica de los/as cuidadores/as y reducir los costes sanitarios. Para ello, en el caso australiano se elaboró un programa de apoyo que incluía los aspectos que se consideran más relevantes y significativos, pese a la dificultad existente para determinarlos con claridad, debido a la gran heterogeneidad existente entre las intervenciones. Estos elementos, son formación en grupo, apoyo social, intervenciones cognitivas, programas intensivos, programas multimodal con múltiples componentes, programas que se centran en la díada cuidador/a-persona mayor, formación del cuidador/a, participación del cuidador/a familiar, adaptación a las necesidades de los/as cuidadores/as y provisión de educación psicológica.

En este estudio de replicación, se llevó a cabo una adaptación de ese programa, dentro de entornos no médicos. La intervención o formación se realizó en cinco días en un entorno de vacaciones, donde mientras al grupo de control se le prestó la atención habitual, las personas que integraban el grupo de intervención tomaron parte del programa de formación, compuesto por 14 sesiones de intervención psicoeducativa, impartidas por un equipo multidisciplinar. Tras la recogida de datos en el momento de realización del proyecto, se marcaron otros 2 momentos de seguimiento y evaluación: a los 3 y a los 6 meses.

- **Entornos confortables**

Tal y como se recogía en el decálogo de la ACP desarrollado anteriormente, los entornos y los ambientes cobran especial relevancia en los cuidados, ya que se consideran uno de los aspectos clave para favorecer el bienestar.

Por este motivo Olson y Albensi (2021), atendiendo a la necesidad de cuidados de larga duración entre las personas con demencia y partiendo de la situación generada como consecuencia de la pandemia por COVID 19, analizaron el impacto de esta en los centros de larga estadía. Analizaron la importancia del diseño de los espacios, ya que se pudo constatar que no estaban pensados para abordar estas circunstancias especialmente con personas con demencia.

En el artículo se pone el acento en cómo los elementos de diseño deficientes pueden afectar tanto al personal como a los residentes, aumentar el estrés, reducir la calidad de vida y de la atención, para las personas con demencia. Continúan afirmando que en línea con la necesaria reflexión que ha de hacerse desde los gobiernos de los distintos países, para que no vuelva a suceder algo así, es importante seguir el camino emprendido por algunas ciudades, pueblos y países que, han optado por invertir en un diseño "amigable con la demencia" en el hogar, en la comunidad y en los centros de atención sanitaria. En el artículo se examinan algunos de esos modelos y se refleja cómo afectan al residente y al personal de forma positiva (y a veces negativa).

Los autores también mencionan algunos elementos de diseño específicos como los relativos a iluminación, color y contraste, señalización y orientación o acceso a los espacios exteriores y se señala el impacto positivo que tiene introducir algunos de ellos para la salud y el bienestar de las personas con demencia, y también para el personal. En esta línea, los autores identifican que algunos elementos del diseño físico de propio de edificios antiguos e institucionalizados como la poca iluminación, mala ventilación, largos pasillos sin salida, escasas señales visuales, falta de decoración, habitaciones y baños compartidos, etc., contribuyen a empeorar la apatía, la ansiedad, la agitación y la agresividad, y cómo también han contribuido a la rápida propagación del COVID19 en estas instalaciones en todo el mundo. Los autores finalizan argumentando que algunos elementos de los modelos "amigables" analizados podrían haber salvado vidas durante la pandemia y reducir el estrés tanto del residente con demencia como de las personas cuidadoras.

También en 2021, Cleland y otros resumen los métodos y los resultados de un estudio australiano encargado por la Real Comisión de Calidad y Seguridad en la Atención a la Tercera Edad para identificar y sintetizar la literatura internacional relacionada con la calidad de la atención en la atención a este colectivo (Cleland et al., 2021). La revisión identificó nueve temas clave para la experiencia de la calidad de la atención, que incluyen el tratamiento de la persona mayor con respeto y dignidad; el reconocimiento y el apoyo a su identidad espiritual, cultural, religiosa y sexual; las habilidades y la formación del personal que proporciona la atención; las relaciones entre la persona mayor y este personal; las relaciones sociales y la comunidad; el apoyo a la persona mayor para que tome decisiones informadas; el apoyo a la salud y el bienestar de la persona mayor; la garantía de la prestación de una atención segura en un entorno de servicio cómodo; y la capacidad de presentar quejas y proporcionar información a la organización de atención a las personas mayores.

- **Participación**

Tal y como se recogen en este estudio elaborado por McCabe y otros (McCabe et al., 2021), cuando las personas mayores entran en un centro de larga estancia, se enfrentan a grandes retos, especialmente en relación con la independencia y su capacidad para influir en sus actividades de la vida diaria (AVD). Este estudio evaluó la contribución de la elección por parte de la persona mayor, así como la relación entre ésta y el personal, para promover su calidad de vida (CdV). Los resultados de este estudio refuerzan la importante contribución de la autonomía y las relaciones sociales a la CdV de los residentes. El personal de los centros de larga estancia de personas mayores tiene un papel clave en el apoyo a su autonomía como medio para construir las conexiones sociales elegidas por ellos y, por lo tanto, promover la CdV.

En la misma línea, en 2019, también White y otros (2019), firmaban un artículo en el que se presentaba el sistema Resident VIEW (Voicing Importance, Experience, and Well-Being), una medida diseñada para conocer directamente a través de las personas que reciben cuidados de larga duración, la medida en que experimentan el apoyo que más les importa. El Resident VIEW contiene 63 ítems en ocho dominios desarrollados a través de entrevistas cognitivas con residentes de diferentes tipos de centros de larga estancia (por ejemplo, residencias de ancianos, viviendas asistidas y hogares de acogida para adultos). Los residentes puntúan los ítems tanto por su importancia como por su experiencia. Los resultados demostraron que lo que más importa a los residentes varía, lo que pone de relieve el valor de preguntar directamente a las personas mayores sobre sus preferencias. Aquellas personas que experimentaron el apoyo lo consideraron muy importante en algunos ámbitos, informaron de una mejor calidad de vida y declararon niveles más bajos de síntomas depresivos que quienes no experimentaron el apoyo. Los resultados subrayan el valor de incorporar la perspectiva de las personas mayores en el desarrollo de medidas en los cuidados de larga duración.

Anteriormente, en 2018, Lepore et al. (2018), también en EEUU, realizaron un estudio dirigido a comprobar si realmente la normativa federal que exige a los centros de personas mayores que apoyen la participación de éstas en la elaboración de sus planes de atención y proyecto de vida, se cumplía. Para ello, se desarrolló una revisión del alcance de la participación individual y familiar en la planificación de los cuidados, incluyendo la literatura de una variedad de contextos asistenciales. Los resultados de la búsqueda se examinaron sistemáticamente para identificar la literatura que abordaba la participación individual o familiar en la planificación de los cuidados como una preocupación principal, y luego se analizó mediante un análisis de contenido temático. Se identificaron varios temas, incluyendo definiciones del concepto de Planificación de los Cuidados Dirigidos por la Persona (PCDP) elementos esenciales de la PCDP, barreras, facilitadores y resultados. El concepto de PCDP se basa en múltiples disciplinas, como la filosofía humanista, los derechos de las personas y la atención al final de la vida. Los elementos esenciales de la PCDP incluyen el conocimiento de la persona, la integración de los objetivos de la persona en la planificación de los cuidados y la actualización de los planes de cuidados a medida que cambian las necesidades o preferencias de los individuos. El tiempo limitado para la planificación de los cuidados en las residencias de personas mayores dificulta la PCDP. Los facilitadores son los mandatos normativos y las tendencias sociales humanistas. Los resultados de este estudio fueron positivos (por ejemplo, mayor independencia), pero según los autores, se evaluaron de forma inconsistente en los distintos estudios. Esto los lleva a concluir que la información recogida en este estudio puede respaldar el desarrollo de la PCDP dentro de las residencias de personas mayores

y ayudar a orientar las reformas de las políticas para que apoyen más eficazmente esta forma de actuación. De cara a la práctica, finalizan diciendo que estos resultados pueden ser utilizados para guiar la implementación de la PCDP.

Finalmente, se considera también de interés, el estudio elaborado por Soares y otros en 2019 (Soares et al., 2019), donde se detalla un estudio orientado a incorporar la perspectiva de las personas mayores en el enfoque de atención centrado en la persona. El estudio se desarrolló en seis países europeos (Austria, Finlandia, Lituania, Portugal, Turquía y Reino Unido) y tenía como objetivo identificar las dimensiones significativas comunes de la competencia profesional en la atención sanitaria y social que destacan las personas mayores de estos seis países según sus experiencias. Para ello, desde un enfoque cualitativo, se desarrollaron entrevistas semiestructuradas a personas mayores de 60 años. Los resultados identificaron un conjunto de competencias y prácticas universales que, según las personas mayores, deberían cumplir los profesionales de la salud y la asistencia social. Las competencias a nivel interpersonal fueron centrales en los discursos de las personas mayores, y sus dimensiones centrales están ancladas en las habilidades relacionales, comunicativas y socio-emocionales de los/as profesionales. Estos resultados refuerzan la aspiración de establecer las mejores prácticas en la atención que se basa en la armonización de un marco de competencias que pueda ser compartido en la formación y educación de los profesionales de la atención sanitaria y social en toda Europa y que exprese las preferencias, expectativas y necesidades de las personas mayores.

- **Burnout**

Finalmente se considera adecuado mencionar la importancia de abordar la realidad del burnout por su impacto entre las personas que trabajan en cuidados de larga duración.

Rajamohan y otros analizaron la situación de las personas que trabajan en los centros de cuidados de larga duración desde un enfoque de atención centrado en la persona (Rajamohan et al., 2019). Con el propósito de comprender la relación teórica entre la satisfacción del personal y el trabajo, el estrés, la rotación y los resultados del personal en este tipo de centros, los autores utilizaron el modelo integral de estrés ocupacional de Cohen-Mansfield. Tras una revisión integradora, los resultados obtenidos sugirieron que la satisfacción laboral entre el personal de enfermería está positivamente relacionada con la consistencia en la entrega de la atención centrada en la persona y el aumento de la calidad de vida entre los residentes en los centros de larga estancia. El apoyo de la dirección y las prácticas de atención centrada en la persona se correlacionan positivamente con la mejora de la calidad de la atención, la satisfacción del personal y el mantenimiento o retención de este. Con estos resultados, los autores concluyen que la intervención y la formación en atención centrada en la persona constituye un aspecto clave y tiene un impacto positivo en el estrés y la satisfacción laboral del personal de los centros de larga estancia. En cuanto a su relevancia, tanto la formación como la rotación resultan esenciales para promover la satisfacción en el trabajo y reducir el estrés laboral, lo que a su vez mejorará la calidad de la atención prestada a los residentes de los centros de cuidados de larga duración.

McFarland y Hlubocky (2021) abordaron la situación en la que se ven con frecuencia el conjunto de profesionales que trabajan en primera línea dentro del ámbito sociosanitario. Pese a que no se trate de un estudio realizado específicamente dentro de centros de atención residencial a

personas mayores, como en el caso anterior, resulta de interés ya que obtuvieron resultados similares al estudio de Rajamohan et al.

En este mismo sentido, Al Sabei y colaboradores publicaron un estudio que pretendía cumplir un doble objetivo (Al Sabei et al., 2020): por un lado, evaluar los predictores de la intención de rotación, el agotamiento y la calidad percibida de los cuidados entre las enfermeras que trabajan en Omán; y, por otro lado, examinar el posible papel moderador de la satisfacción laboral en la relación entre el entorno de trabajo y la intención de rotación de las enfermeras. Para ello, recogieron datos a través de una encuesta a enfermeras que trabajaban en un hospital público de Mascate (Omán), con la que evaluaron las percepciones que tenían sobre el entorno de trabajo, el agotamiento, la satisfacción laboral, la intención de rotación y la calidad de los cuidados. Los resultados de esta investigación señalaron que la participación en los asuntos del hospital, la base de la calidad de los cuidados y la adecuación de la plantilla actuaban como predictores del agotamiento entre las enfermeras y de la calidad percibida de los cuidados. Además, el análisis de regresión logística reveló que trabajar en un entorno favorable se asociaba a una menor intención de rotación, pero sólo cuando la satisfacción laboral era alta. Por ello, y de igual manera que en lo señalado en los otros 2 artículos mencionados, parece que incluir estrategias que generen un mayor empoderamiento, y papel más activo en profesionales de los cuidados, puede mejorar su satisfacción y reducir la intención de rotación, estabilidad de las plantillas y mejora de la atención a las personas atendidas.

Finalmente, en el contexto español, Briones-Peralta y otros (Briones-Peralta et al., 2020) publicaron un artículo en el que se presentaba la evaluación de los resultados de un programa de formación práctica en relación con el burnout realizado entre los profesionales de atención directa en una residencia de personas mayores con demencia. El programa utilizó una metodología dinámica e interactiva para proporcionar formación relacionada con los conceptos y estrategias para el cuidado de la demencia como manera de mejorar la satisfacción con el trabajo y reducir niveles de estrés y agotamiento entre el personal de apoyo. Pese a que es un estudio que presenta limitaciones derivadas principalmente del poco tamaño de la muestra (36 cuidadores/as) y de la ausencia de un grupo de control, arroja resultados que, tal y como se concluye en el artículo, parecen apoyar la hipótesis de que una intervención de formación diseñada para profesionales de atención directa a personas con demencia puede ser eficaz para disminuir los niveles de burnout. En el caso de este estudio, se observaron cambios positivos tras la intervención, en los niveles de agotamiento emocional y despersonalización. Sin embargo, no se observaron resultados significativos en la realización personal. Los autores concluyen señalando la necesidad de continuar investigando para identificar la relación entre variables como la edad y el tiempo trabajado en atención a personas con demencia con los niveles de burnout ya que los resultados obtenidos en otros estudios analizados (Suecia y Estados Unidos) arrojan resultados diferentes que no permiten extrapolación.

### **3.3.2. Modalidades de formación**

Parte de los estudios acerca de la capacitación de profesionales de atención a personas mayores analizan las modalidades de formación para lograr un correcto aprendizaje. En el análisis de la literatura publicada en este ámbito se observa que una de las metodologías más estudiadas y que, en muchos casos, ha tenido buenos resultados, es la denominada “elearning”.

Klimova y otros realizaron una revisión sistemática para analizar estudios enfocados en el aprendizaje electrónico como herramienta para apoyar a los/as cuidadores/as de personas con demencia (Klimova et al., 2019).

En esta misma línea, Inker y otros (Inker et al., 2021) realizaron un estudio que tenía como objetivo desarrollar y poner a prueba un plan de estudios de Microlearning sobre la atención a la demencia centrada en la persona en residencias de personas mayores. El Microlearning se caracteriza por ofrecer contenido formativo específico en pequeñas dosis espaciadas en el tiempo. Se ve como una oportunidad de superar barreras en la formación a personal de residencias (rotación, escasez de personal, carga de trabajo...) por su formato reducido y la disponibilidad total 24h al día todos los días del año. El diseño del microaprendizaje se basa en la Teoría del aprendizaje espaciado que postula que el entrenamiento repetitivo separado por intervalos entre sesiones es más efectivo para formar memoria a largo plazo que el aprendizaje masivo sin intervalos entre segmentos de conocimiento. El objetivo de este estudio era evaluar la facilidad de uso y la aplicación del Microlearning como herramienta para aumentar los conocimientos del personal y mejorar la percepción de las personas con demencia, aumentando así su capacidad para ofrecer una atención centrada en la persona y su satisfacción laboral. Los resultados indican que los/as participantes disfrutaron del acceso flexible y 24/7 a la formación y encontraron que la inmediatez del formato los animó a aplicar su aprendizaje directamente a la práctica. Los conocimientos y las actitudes del personal hacia las personas con demencia se vieron afectados positivamente por la formación, al igual que la satisfacción laboral. Los autores concluyen que los resultados obtenidos justifican la realización de más investigaciones para comprobar la eficacia del microaprendizaje en comparación con la formación habitual, así como los esfuerzos de desarrollo de políticas coordinadas que puedan guiar la aplicación de las mejores prácticas.

Por otro lado, hay diversos estudios que han analizado la aplicación del Learning by doing como método de capacitación en profesionales de atención a personas mayores. Tornøe et al. llevaron a cabo un estudio en el que un equipo de profesionales enseñó y entrenó a equipos de cuidado (enfermeras, auxiliares, etc.) en cuidado espiritual y existencial en la muerte en el ámbito residencial y de cuidado a domicilio (Tornøe et al., 2015). Este equipo de tres personas denominado "Mobile hospice nurse teaching team" está especializado en cuidado espiritual y existencial al final de la vida. Este estudio se llevó a cabo con la metodología Learning by doing, a través de la cual se brinda apoyo pero se deja a los/as profesionales actuar.

Asimismo, Huseboø y otros (Huseboø et al., 2019) realizaron una investigación destinada a comprobar la intervención multicomponente del ensayo COSMOS, que combina la comunicación, el tratamiento sistemático del dolor, la revisión de la medicación y las actividades, en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven en centros de larga estancia. Para ello, parte de la muestra recibió formación estandarizada y formación in situ durante cuatro meses con un seguimiento mensual. La principal conclusión del estudio es que este tipo de intervención multicomponente beneficia la asimilación de conocimientos, si bien requiere de un seguimiento prolongado para garantizar los efectos beneficiosos.

Surr et al. (2017) realizan una revisión sistemática acerca de programas educativos y formativos dirigidos a profesionales que trabajan en el ámbito de los cuidados a personas con

demencia en el ámbito social y sanitario, para identificar los factores asociados a programas educativos y formativos eficaces. El estudio concluye que se identifican una serie de características asociadas a programas formativos más eficaces: que incluyan participación activa, que refuercen el conocimiento basado en la experiencia con el derivado de la teoría, que aseguren aprendizaje experiencial y o de simulación dedicando tiempo suficiente para el análisis y la reflexión, que los cursos se desarrollen por entrenadores/facilitadores experimentados que sean capaces de adaptarse a las necesidades de cada grupo, que no incluyan como únicos materiales de apoyo (papel u online) recursos escritos o basados en tareas y que tengan una duración de 8 o más horas con sesiones de entrenamiento individual de al menos de 90 minutos.

Rokstad y otros (Rokstad y cols., 2017) desarrollaron un estudio longitudinal para medir la eficacia del programa educativo ABC realizado en Noruega en la capacitación del personal en ACP y en la satisfacción laboral. El programa ABC es un programa educativo interdisciplinario cuyo objetivo es aumentar la conciencia de los participantes sobre sus propios valores y enfoques hacia las personas con demencia. El programa tiene tres componentes principales: el primero son dos colecciones de folletos que presentan la información sobre la demencia y sus consideraciones éticas, el segundo son grupos de discusión internos de seis a ocho participantes que se reúnen para reflexionar sobre los temas presentados en los folletos y, el tercero, son dos talleres anuales que se ofrecen a los participantes. El contenido de los primeros folletos está relacionado con las demencias y con cómo atender a las personas con demencia, basándose en el respeto por sus sentimientos, personalidad, comportamiento y estrategias de afrontamiento. La segunda colección de folletos presenta temas como consideraciones éticas y cómo satisfacer necesidades de las personas cuidadoras familiares. Además, se proporciona una serie de métodos para mejorar las actividades significativas, el uso de la validación, el recuerdo y la música. La actividad principal del programa es el grupo de discusión interno autogestionado. Estas sesiones duran de 90 a 120 minutos y se realizan cada dos o tres semanas. Son espacios para reflexionar sobre los contenidos de los folletos, así como para analizar casos e incidentes de la práctica que salen de las experiencias de los propios profesionales. Las preguntas para discusión están destinadas a ayudar a los participantes a transferir el conocimiento a la práctica mediante la reflexión compartida. El estudio obtuvo buenos resultados tanto en la eficacia del programa como en la satisfacción laboral del personal, por lo que se podría afirmar que los contenidos y los métodos de trabajo, a través de los grupos de discusión para reflexionar, forman una buena herramienta de capacitación del personal en ACP.

Sin et al. (2018) realizaron un estudio similar para abordar la necesidad específica de formación que tienen los cuidadores de personas mayores para atender de manera adecuada las necesidades de salud mental que se presentan en muchas ocasiones. Para ello, se desarrolló el Programa Comunitario de Psicogeriatría que tiene como objetivo apoyar a los/as cuidadores/as de personas mayores con formación y consulta (Sin et al., 2018). El objetivo del estudio era medir el nivel de estrés percibido por los/as cuidadores/as y sus conocimientos sobre el cuidado de personas mayores con enfermedades mentales antes, durante y después de haber asistido a los talleres de formación. Las personas participantes asistieron de forma voluntaria a dos talleres de cuatro horas sobre demencia y depresión. El resultado del estudio corroboró que la formación en formato de talleres y el apoyo

continuado de los profesionales de salud mental obtuvo buenos resultados y los conocimientos adquiridos se mantuvieron durante el seguimiento de tres meses.

### **3.3.3. Impacto de la formación en las personas cuidadas y cuidadoras**

Una de las principales conclusiones obtenidas de la revisión de literatura es el beneficio, tanto para las personas cuidadas como para cuidadoras y familiares, la formación en ACP. Numerosos estudios, como los de Ballard et al. (2018) o el de Yasuda y Sakakibara (2017) analizados en los apartados anteriores, han demostrado que la formación en ACP contribuye a la mejora de la calidad de vida de residentes con demencia. Incluso se ha llegado a asociar con una reducción del uso de medicación (Galiana y Haseltine, 2019). Además, ayuda al personal a valorar de forma más crítica y consciente sus interacciones diarias.

En esta misma línea, Waterschoot y otros (Waterschoot et al., 2021), señalaron la importancia de que las organizaciones capaciten al personal para desarrollar e incluir habilidades de autorreflexión y límites personales junto con la formación en ACP para mantener la distancia profesional y mejorar el bienestar de los/as profesionales, ya que cuando no existe la distancia profesional el juicio de estos/as puede quedar comprometido y puede disminuir el bienestar.

Por otro lado, en relación con la interacción entre profesionales y residentes, Saldert et al. (2018) señalaron que dicha interacción es clave a la hora de definir la comunicación y las habilidades relacionales en la atención centrada en la persona y que facilitar conversaciones sobre temas que desvíen el foco de atención del cuidado de enfermería favorece que la persona residente sea reconocida como persona única con experiencias y rasgos personales. En esta misma línea, Boumans y otros (Boumans, Van Boekel, Verbiest, Baan y Luijkx, 2022) señalaron la importancia del comportamiento, las actitudes y la interacción entre el personal y los/as residentes y cuidadores/as informales, ya que contribuye a la autonomía de las personas con demencia y mejora la prestación de cuidados. Savundranayagam y otros (Savundranayagam et al., 2016), al estudiar la comunicación en la ACP, obtuvieron resultados similares y señalaron que, a más uso de comunicación centrada en la persona, más reacciones positivas hay por parte de residentes. Por tanto, la capacitación en comunicación centrada en la persona para el personal, mejora la relación con los/as residentes, así como el bienestar, reduce los comportamientos negativos y permite al personal proporcionar una atención basada en una mayor confianza, respetando la personalidad de las personas atendidas.

Por otro lado, Husebø y otros (Husebø et al. 2019) confirmaron que la intervención multicomponente del ensayo COSMOS, analizada en el apartado anterior, tiene beneficios en la calidad de vida de las personas residentes de los centros de larga estada y se asocia a una disminución del uso de la medicación y a una menor angustia por parte del personal.

### **3.3.2. Conclusiones extraídas de la revisión de la literatura**

Antes de dar por finalizado este apartado de la revisión realizada a nivel internacional, es necesario resaltar que, de acuerdo con ésta, la importancia del entrenamiento de quienes trabajan como cuidadores/as en centros de larga estada, en capacidades y competencias concretas y vinculadas a mejorar el desempeño de su trabajo, aparece de manera reiterada como base para mejorar la calidad de los cuidados.



Esta necesidad de entrenamiento ha de darse de manera sostenida en el tiempo o, lo que es lo mismo, se necesita desarrollar una formación continua y continuada, como manera de responder a los retos derivados de la propia atención y a la necesidad de articular una respuesta basada en un modelo de Atención Centrada en la Persona, que, como se ha ido reflejando, requiere desarrollar metodologías basadas por un lado en el denominado learning by doing y en incorporar la perspectiva de las personas mayores y sus familias.

De cara a favorecer esa formación continua y hacerla compatible con las jornadas laborales, parece que la incorporación de sistemas basados en el e-learning, bien de manera total o en formato híbrido, suponen también una oportunidad, que ha de ser valorada y aprovechada en el desarrollo de fórmulas de capacitación a profesionales.

Además, respecto a las áreas concretas de capacitación, se ve que es especialmente relevante atender a la atención al final de la vida, el manejo de conductas complejas, vinculadas a necesidades no cubiertas, comunicación y participación de la persona mayor, habilidades relacionales en las personas cuidadoras y la atención a las personas con demencia.

También aparece cada vez de manera más clara, la importancia de capacitar mirando tanto al presente como al futuro. Es necesario contemplar la realidad de los distintos perfiles de personas mayores ya que, pese a que cada vez sea mayor el número de personas con necesidades de atención y cuidados derivados de situaciones de dependencia, demencia u otros factores, también es mayor la exigencia con la atención recibida y el deseo de querer co-diseñar su plan de apoyos y decidir cómo quiere recibirlo. Hay por lo tanto que articular un sistema de apoyos, donde las personas cuidadoras, tengan también formación en las áreas de participación de las personas y sus familias y toma de decisiones compartidas, desde un modelo de derechos y de ACP.

Finalmente, como también ha quedado recogido en esta revisión, tanto el propio personal de apoyo como familiares y personas mayores, valoran la estabilidad de los equipos y la no rotación, pero para que realmente éste sea un elemento positivo y no se convierta en fuente de estrés profesional, las personas cuidadoras han de sentirse reconocidas y sus necesidades formativas, en relación a cómo afrontar situaciones complejas, especialmente en el caso de trabajar con personas con demencia, tenidas en consideración. En el caso contrario, es probable que la rotación y la falta de estabilidad de la plantilla aumente, con la consecuencia negativa que tiene en base a los principios de ACP.

### **3.4 Currículos en países de referencia**

A continuación, pasamos a describir algunos de los currículos formativos que conforman mínimos de cualificación para personas cuidadoras en centros de larga estada (CLE) en distintos países de referencia en el ámbito internacional. Los motivos por los cuales se han seleccionado estos cuatro países y no otros, responden además de a conformar mínimos de cualificación exigida a cuidadores/as en CLE, a que presentan matices y variabilidad en contenidos, tiempos y formatos que representan la variabilidad existente en relación con este ámbito a nivel internacional y, por lo tanto, permiten analizar y extraer aportaciones que pueden adecuarse a distintos contextos y situaciones.

En concreto se analizan los currículos de 4 países: España, Francia, Italia y Finlandia.

### 3.4.1 Análisis de currículas de referencia en España, Francia, Italia y Finlandia

- **Análisis currícula de referencia en España**

En el caso de España, desde el año 2006, la mayor parte de los servicios de atención a personas en situación de dependencia, se desarrollan de acuerdo con la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes** (LAPAD), a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Los servicios que se prestan en dicho sistema incluyen Servicios de Prevención de las Situaciones de Dependencia y los de Promoción de la Autonomía personal, Servicio de Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, Servicio de Centro de Día y de Noche y Servicio de Atención Residencial.

**El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**, es el órgano al que el artículo 34.2 de la LAPAD encomienda la fijación de los **criterios comunes de acreditación** de centros, servicios y entidades. No obstante, en esta misma ley se deja en manos de las Comunidades Autónomas la responsabilidad de la prestación de servicios a través de la red de servicios sociales en cada territorio.

Partiendo de esta relación entre Estado y Comunidades Autónomas, en noviembre de 2008, el Consejo Territorial aprobó el Acuerdo sobre esos criterios comunes sobre acreditación para garantizar la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, incluyendo los relacionados con requisitos y estándares de formación mínimos para poder trabajar dentro del Sistema.

Para trabajar como cuidador/a formal, tanto dentro del domicilio como dentro del Servicio de Atención Residencial, se establece como **criterio mínimo de formación**, acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en el Domicilio o, la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, en función del ámbito en el que se vaya a desarrollar la actividad profesional, ya que para trabajar en el Servicio de Atención Residencial (o, lo que es lo mismo, Centros de Larga Estadía-CLE) no sirve acreditar la titulación dirigida a trabajar en el domicilio, por contar cada ámbito con su propia titulación.

Antes de pasar a detallar la cualificación Profesional que se exige como acreditación mínima para trabajar como cuidador/a en un CLE en España, vamos a explicar brevemente el Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional (SNCFP) bajo el que se desarrolla.

**El SNCFP se crea por la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio**, la cual, **en su preámbulo** define este Sistema como *el conjunto de instrumentos y acciones necesarios para promover y desarrollar la integración de las ofertas de la formación profesional, a través del **Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP)**, así como la evaluación y acreditación de las correspondientes competencias profesionales, de forma que se favorezca el desarrollo profesional y social de las personas y se cubran las necesidades del sistema productivo*”.

Desde el Instituto Nacional de las Cualificaciones -INCUAL<sup>1</sup>, se define la **cualificación profesional** como un **conjunto de estándares de competencia con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación y a través de la experiencia laboral**. Este conjunto de competencias profesionales (conocimientos y capacidades) permite dar respuesta a ocupaciones y puestos de trabajo relevantes, con valor y reconocimiento en el mercado laboral. Se concreta en un documento que recoge de forma estructurada dichas competencias y, una vez aprobado, se publica en el BOE en forma de Real Decreto.

El Instituto Nacional de las Cualificaciones (INCUAL) es el responsable de definir, elaborar y mantener actualizado el CNCP.

#### ❖ **Los certificados de Profesionalidad**

El certificado de profesionalidad es el **instrumento de acreditación oficial de las cualificaciones profesionales del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales en el ámbito de la Administración laboral** que acredita la capacitación para el desarrollo de una actividad laboral con significación para el empleo.<sup>2</sup>

**Los certificados de profesionalidad tienen carácter oficial y validez profesional en todo el territorio nacional**, acreditan las correspondientes cualificaciones profesionales a quienes los hayan obtenido, **y son emitidos por el Ministerio de Educación y Formación Profesional o, en su caso, por las Comunidades Autónomas**.

#### ❖ **La cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales.**

Esta cualificación, creada por el Real Decreto 1368/2007, de 19 de octubre (BOE de 25 de octubre), se encuadra dentro de la familia profesional de Servicios Socioculturales y a la Comunidad. Es un certificado de nivel 2<sup>3</sup>, en función de lo recogido en el Real Decreto 1128/2003. El alumnado que quiera acceder a este certificado SSCS0208 deberá cumplir una serie de requisitos:

- Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria (ESO)
- Cumplir el requisito académico de acceso a los Ciclos Formativos de Grado Medio o bien haber superado las correspondientes pruebas de acceso reguladas por las administraciones educativas, certificado de profesionalidad del mismo nivel
- Certificado de profesionalidad de nivel 1 de la misma familia y área profesional

---

<sup>1</sup>El INCUAL, inició su trayectoria en el año 1999 tras la promulgación del Real Decreto 375/1999, de 5 de marzo. El INCUAL depende orgánicamente del Ministerio de Educación y Formación Profesional y funcionalmente del Consejo General de la Formación Profesional. El Consejo General de Formación Profesional (CGFP) es a su vez el “órgano consultivo y de participación institucional de las Administraciones Públicas, con la participación de las organizaciones empresariales y sindicales, y de asesoramiento del Gobierno en Materia de Formación Profesional”.

<sup>2</sup> Para más información, acudir a [Certificados de profesionalidad | Servicio Público de Empleo Estatal \(sepe.es\)](https://www.sepe.es/empleo/empleo-estatal/certificados-de-profesionalidad)

<sup>3</sup> Un certificado de nivel 2 implica competencia en un conjunto de actividades profesionales bien determinadas, con la capacidad de utilizar los instrumentos y técnicas propias. Conciernen principalmente a un trabajo de ejecución que puede ser autónomo en el límite de dichas técnicas. Requiere conocimientos de los fundamentos técnicos y científicos de su actividad y capacidades de comprensión y aplicación del proceso. La formación asociada a este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación que sea equivalente al de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, independientemente de la forma de su adquisición.

- Prueba de Acceso a la Universidad (PAU) para mayores de 25 años o tener las competencias clave necesarias para cursar con aprovechamiento la formación correspondiente al certificado de profesionalidad.

**Competencia general** es atender a personas dependientes en el ámbito sociosanitario en la institución donde se desarrolle su actuación, aplicando las estrategias diseñadas por el equipo interdisciplinar competente y los procedimientos para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno.

El certificado se desarrolla a lo largo de un curso escolar y tiene 450 horas de duración, de las cuales, 80 se corresponden con formación práctica en el centro de trabajo (FCT). Estas horas se reparten en los siguientes 4 módulos formativos que se desarrollan a su vez en unidades competenciales:

MF1016_2: Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional. (120h.)
UC1016_2: Preparar y apoyar las intervenciones de atención a las personas y a su entorno en el ámbito institucional indicadas por el equipo interdisciplinar
MF1017_2: Intervención en la atención higiénico-alimentaria en instituciones. (90h.)
UC1017_2: Desarrollar intervenciones de atención física dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.
MF1018_2: Intervención en la atención sociosanitaria en instituciones. (90h.)
UC1018_2: Desarrollar intervenciones de atención sociosanitaria dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.
MF1019_2: Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones. (150h. )
UC1019_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial dirigidas a personas dependientes en el ámbito institucional.

Cada módulo, se evalúa a su finalización atendiendo a una serie de **capacidades y criterios de evaluación** establecidos específicamente para cada uno de ellos. En esta evaluación se incluyen tanto capacidades evaluables dentro del entorno del aula, como capacidades que han de ser desarrolladas dentro de un entorno real de trabajo (parte práctica).<sup>4</sup>

La persona en posesión de este Certificado de Profesionalidad puede desempeñar su trabajo en un entorno profesional tanto público como privado: en centros o equipamientos que presten servicios de atención sociosanitaria, centros residenciales, centros de día.

Desarrolla su actividad profesional en el sector de prestación de servicios sociales a personas en régimen de permanencia parcial, temporal o permanente en instituciones de carácter social. Puede

<sup>4</sup> Para un mayor conocimiento y detalle del currículo, incluidos contenidos, ver su desarrollo íntegro en Anexo 1

ocupar el puesto de trabajo de cuidador/a de personas dependientes en instituciones y/o gerocultor/a.

● **Análisis de currículas de referencia en Francia**

Antes de pasar a detallar las exigencias formativas y de cualificación que en Francia se realizan a las personas que trabajan en CLE, es importante mencionar que, en este país, los centros de atención a personas mayores pueden dividirse principalmente 4 tipos: 2 tipos dirigidos a personas que mantienen un buen nivel de autonomía o una baja dependencia, un tercer tipo que es en el que vamos a centrar la atención dirigido a personas con necesidad de apoyos y/o cuidados para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y un cuarto tipo dirigido a personas que necesitan de apoyo y cuidados médicos constantes. En el informe respecto a la situación de los servicios residenciales de Francia, elaborado por el SIIS se recoge de la siguiente manera (SIIS, 2020):

1. Los conocidos como *logement foyer* o, actualmente, *residences autonomie*: Son centros residenciales de unas 25 plazas, con atención de baja o muy baja intensidad, orientados a personas mayores de 60 años autónomas o con un grado muy reducido de dependencia. Una de sus características más específicas es que los profesionales de la atención sanitaria y social que prestan servicio en ellos no forman parte de la plantilla del propio centro, siendo frecuente la existencia de acuerdos con residencias convencionales y/o con entidades prestadoras de Servicios de Atención a Domicilio (SAD) para articular esos servicios.

Habitualmente están gestionadas por entidades públicas o privadas sin fin de lucro y actúan bajo la regulación de la normativa sociosanitaria. Estos centros se consideran como un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial tradicional.

2. El segundo tipo de centros es el denominado *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées* (EHPA). Se trata, en la práctica, de centros similares a los anteriores, aunque de un mayor tamaño (48 plazas de media). También están orientados a personas autónomas y sus objetivos se dirigen a prevenir la dependencia y el aislamiento social, así como a facilitar tiempos de descanso a las personas cuidadoras. Son centros no medicalizados.

3. El tercer tipo de centros es el que tiene una mayor presencia: el *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes* (EHPAD). Los EHPAD son centros medicalizados, que prestan atención sociosanitaria a personas mayores de 60 años, en situación de dependencia moderada o severa. Tienen un tamaño medio de 81 plazas y representan el 79% de toda la oferta residencial.

4. Finalmente se encuentran las Unidades de Cuidados de Larga Duración (USLD). Estas unidades están vinculadas física y organizativamente a centros hospitalarios y se dirigen a personas que precisan de atención médica constante y continuada por lo que el nivel de medicalización es mayor que en los EHPAD.

Pese a que la normativa francesa no establece requisitos mínimos en relación con la dotación de personal, sí se establecen las figuras profesionales que deben formar parte de la dotación de personal del centro.

En el Informe elaborado por el SIIS (2020) se recoge que el caso de los EHPAD, que son los centros en los que centramos el análisis por ser aquellos en los que residen casi el 80% de las personas mayores que hacen uso de servicios de corte residencial. Estos deben contar con un equipo multidisciplinar que cuenta al menos con un médico coordinador, un profesional de enfermería, **auxiliares sanitarios** (*aide soignant*), profesional de psicología, **acompañantes educativos** (*accompagnant éducatif et social*) y personal psicoeducativo.

Además, dentro de los EHPAD, existen distintas tipologías de centros y unidades dirigidas a atender necesidades de colectivos concretos, para lo cual se especifica la necesidad de incorporar profesionales con formación especializada, en función de las necesidades a atender. Entre esta tipología, destacan las Unidades de Alojamiento Reforzado (*Unité d'Hébergement Renforcée* en francés) dirigidas a personas con demencias, enfermedades neurodegenerativas y/o trastornos severos del comportamiento, que además de contar con las figuras profesionales de auxiliar sanitario o cuidador/a y acompañante educativo y social, también han de contar con entre otros perfiles profesionales, con la figura de gerocultor/a (*aide soignant* especializado en geriatría).

Tal y como se recoge nuevamente en el estudio del SIIS, la figura del *aide soignant* es “equiparable a la del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, auxiliar de clínica, gerocultor o cuidador en el entorno español, si bien en Francia se considera que sus funciones corresponden al ámbito sanitario. (...) En lo que se refiere al *accompagnant éducatif et social*, (...) su trabajo está orientado al acompañamiento y la intervención social. La titulación puede obtenerse mediante un bachillerato profesional (*bac-pro*) de un año de duración, con 140 horas adicionales de especialización en geriatría.” (2020, p.23).

#### ❖ **El Diploma Estatal de apoyo Educativo y Social (Diplôme d'etat d'accompagnant Éducatif et Social. DEAES)**

Este título dentro del sistema educativo francés se corresponde con una certificación de nivel V (nivel CAP-BEP)<sup>5</sup> en el ámbito del apoyo a las personas vulnerables. Lo expide, con mención de la especialidad, el prefecto regional en nombre del Ministerio de Asuntos Sociales (*ministère chargé des Affaires sociales*). Se trata de un curso de formación orientado a la práctica profesional en el ámbito de la intervención social.

El/la profesional asistente educativo y social trabaja apoyando en la vida diaria a personas que precisan de ayuda para desarrollar su autonomía y hacerse cargo de su proyecto de vida, sea cual sea su origen o naturaleza: edad, discapacidad, estilo de vida, consecuencias de una situación de vulnerabilidad social etc.

Con este diploma, Francia fusiona lo que hasta el año 2016 eran 2 diplomas diferentes; el Diploma de trabajadores de apoyo social (DEAVS) y el Diploma de trabajadores de apoyo médico y psicológico (DEAMP).

---

<sup>5</sup> se obtiene un certificado de aptitud profesional o diploma de estudios profesionales

Este título se plantea como una **capacitación genérica y transversal**, compuesta por una base común que representa el 70% de las enseñanzas teóricas y por 3 especialidades correspondientes a uno de los siguientes 3 campos específicos de intervención:

1. Acompañamiento de la vida en el hogar: El acompañante educativo y social (AES) contribuye a la calidad de vida de la persona, al desarrollo o mantenimiento de sus capacidades para vivir en el hogar.
2. Apoyo a la vida en una estructura colectiva: El AES contribuye al apoyo de las relaciones interpersonales y a la calidad de vida de la persona en su entorno vital colectivo.
3. Apoyo a la educación inclusiva y a la vida ordinaria: La AES contribuye a facilitar, fomentar y participar en la autonomía de los niños, adolescentes y jóvenes adultos con discapacidad en las actividades de aprendizaje, culturales, deportivas, artísticas y de ocio.

La formación se organiza en un periodo de entre 9 y 24 meses y comprende un total de 1365 horas distribuidas de la siguiente manera: 525 horas de enseñanza teórica, de las cuales 378 horas son del tronco común y 147 horas se corresponden con la especialización elegida; y 840 horas de formación práctica.

La enseñanza teórica se desglosa en 4 áreas de formación (DF):

- DF1: Posicionarse como profesional en el ámbito de la acción social
- DF2: Acompañar a la persona a diario y en proximidad
- DF3: Cooperar con todos los profesionales
- DF4: Participar en la animación de la vida social y cívica de la persona

Las 147 horas de especialidad se corresponden con uno de los siguientes 3 campos de intervención:

- Acompañamiento de la vida en el hogar
- Acompañar la vida en una estructura colectiva
- Acompañamiento en la educación inclusiva y en la vida ordinaria

Como **requisitos de admisión**, pese a que no se requiere ningún título para preparar el Diploma de Estado de Apoyo Educativo y Social (DEAES), sí se establece la exigencia de superar unas pruebas de acceso organizadas por los centros de formación.

Estas pruebas de acceso son de tipo escrito y oral: la prueba escrita de admisibilidad consiste en un cuestionario de 10 preguntas sobre temas sociales de actualidad y la prueba de admisión oral está dirigida a valorar la motivación y la capacidad del candidato para participar en la formación social.

Respecto a las **exenciones y reducciones**, en la medida que el objetivo de este Diploma es anticiparse a las necesidades de los profesionales en términos de competencias y movilidad profesional, se ha diseñado de manera que las trayectorias profesionales puedan fluir y evolucionar gracias a los **puentes entre las especialidades**. De esta manera, una vez obtenido en una de las tres

especialidades, el diploma DEAES abre la posibilidad de adquirir las demás especialidades mediante la formación continua.

A esta fluidez y continuidad en la formación, también contribuye el sistema de exenciones de la certificación y de reducciones de la formación.

Estas **exenciones** están reguladas por disposiciones específicas referidas principalmente a la base común de la formación, para los titulares de otros diplomas como el diploma de Estado para auxiliares de cuidados o aide soignant. No obstante, en el caso de quienes son titulares del DEAVS, la especialidad DEAES "vida en el hogar" se les da por superada y a quienes son titulares del DEAMP, también se les convalida la especialidad DEAES "vida en estructura colectiva".

Como principales **ámbitos de trabajo** encontramos que el/la trabajador/a de apoyo educativo y social (AES), según la especialidad que elija, puede trabajar en diferentes lugares:

- Acompañamiento de personas en su propio domicilio: en el domicilio de la persona acompañada, en residencias, en servicios de ayuda a domicilio (SAAD), en servicios de asistencia personal (SAP), en servicios de enfermería a domicilio (SSIAD), en establecimientos y servicios de asistencia laboral (ESAT), etc.
- Acompañamiento de la vida en estructuras colectivas: en establecimientos que acogen a personas mayores o personas con discapacidad, Establecimientos para personas mayores dependientes (EHPAD), Unidades de cuidados de larga duración (USLD), Institutos médicos y educativos (IME), etc.
- Apoyo a la educación inclusiva y a la vida ordinaria: en los centros de educación infantil, en los centros educativos y de formación, en los centros y servicios médicosociales, etc.

Las personas en posesión de este título pueden ser contratadas por distintos tipos de proveedores de servicios, tanto públicos como privados, como asociaciones de ayuda a domicilio, centros municipales de acción social, ayuntamientos, las empresas privadas, el sistema educativo nacional francés (para la especialidad de "educación inclusiva"), las guarderías, etc.<sup>6</sup>

#### ❖ **El Diploma estatal de auxiliar de enfermería o asistente de cuidados (Aide Soignant)**

Como ya hemos señalado, el conocido como Aide Soignant, es otra figura que entendemos puede ser de interés en este análisis, por ser equiparable a la del gerocultor o cuidador en el entorno español, si bien en Francia se considera que sus funciones corresponden al ámbito sanitario.

Este diploma ha sido modificado en el año 2021, a través de un Decreto de 10 de junio, en el cual se definen las nuevas normas de formación y certificación para a partir de septiembre de 2021 y deroga la Orden del 22 de octubre de 2005 al 30 de junio de 2022.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Para ampliar información, consultar anexo 2

<sup>7</sup> Más información en Anexo 3



**A raíz de este cambio, el título obtenido pasa a ser de nivel 4, en vez del nivel 3 que ocupaba hasta ese momento<sup>8</sup> y amplía las horas a 1540 en lugar de las 1435 establecidas hasta el momento; y establece 44 semanas de duración, en lugar de 41. Estas 1540 horas se dividen, a su vez, en 770 horas de formación teórica y otras 770 de formación práctica.**

Para obtener el título, hay que superar los 5 bloques de competencias que se recogen junto con sus criterios de evaluación, en el anexo II del Decreto. Los 5 bloques son los siguientes:

- Bloque 1 - Acompañamiento y cuidado de la persona en las actividades de su vida diaria y social
- Bloque 2 - Evaluación del estado clínico e implementación de la atención adaptada en colaboración
- Bloque 3 - Información y apoyo a las personas y su entorno, profesionales y alumnado.
- Bloque 4 - Mantenimiento del entorno inmediato de la persona y de los materiales relacionados con las actividades, teniendo en cuenta la ubicación y las situaciones de intervención
- Bloque 5 - Trabajo en equipo multiprofesional y procesamiento de información relacionada con actividades de atención, gestión de calidad/riesgo.

Respecto a los **contenidos de la formación**, estos se estructuran en un total de 10 módulos que abarcan tanto la formación teórica como la práctica, un sistema de apoyo pedagógico individualizado, un trabajo personal guiado y un seguimiento pedagógico individualizado de los alumnos, cuyo contenido y volumen horario se describen en el Anexo III.

En el Marco de Formación se define la correspondencia entre los 5 bloques de competencias y los 10 módulos de formación y sus métodos de evaluación, la organización de la formación y el sistema de apoyo a los aprendices.

**La Formación teórica** se desarrolla a lo largo de 22 semanas y comprende un total de 770 horas. Se puede seguir de manera continua o discontinua, durante un período máximo de 2 años, excepto para aquellos/as estudiantes que se benefician de un contrato de aprendizaje, los cuales se inscriben por un periodo no superior a dieciocho meses.

Además, hay que señalar que la enseñanza teórica podrá realizarse a distancia según los módulos de que se trate, hasta un límite del 70% de la duración total de la formación teórica, previo dictamen de la autoridad competente

A continuación, exponemos la **correspondencia entre los bloques de habilidades y los módulos de capacitación:**

---

<sup>8</sup> Nivel 4 o Brevet professionnelle. Se configura como un diploma de oficio que acredita la adquisición de una alta cualificación,

Bloques de habilidades	Módulos
Bloque 1: Acompañamiento y cuidado de la persona en las actividades de su vida diaria y social	Módulo 1 (147 h): Acompañamiento de una persona en las actividades de su vida diaria y su vida social (Módulo específico AS) Módulo 2 (21 h): Identificación y prevención de situaciones de riesgo (Módulo específico AS)
Bloque 2: Evaluación del estado clínico e implementación de la atención adaptada en colaboración	Módulo 3 (77 h): Evaluación de la condición clínica de una persona (Módulo Específico AS) Módulo 4 (182 h): Implementación de la atención adaptada, evaluación y reajuste (Módulo específico AS) Módulo 5 (35 h): Acompañamiento de la movilidad de la persona asistida
Bloque 3: Información y apoyo a las personas y su entorno, profesionales y alumnos/as	Módulo 6 (70 h): Relación y comunicación con las personas y su entorno Módulo 7 (21 h): Acompañamiento de personas en formación y comunicación con compañeros/as
Bloque 4: Mantenimiento del entorno inmediato de la persona y de los materiales relacionados con las actividades, teniendo en cuenta la ubicación y las situaciones de intervención.	Módulo 8 (35 h): Mantenimiento de locales y equipos y prevención de riesgos asociados.
Bloque 5: Trabajo en equipo multiprofesional y procesamiento de información relacionada con actividades de atención, gestión de calidad / riesgo.	Módulo 9 (35 h): Tratamiento de la información. Módulo 10 (70 h): Trabajo en equipo multiprofesional, calidad y gestión de riesgos.

Además, en el decreto que regula esta figura, también se detalla cómo se contempla el **Sistema de apoyo al alumnado**, que se desarrolla de 3 maneras:

- **Apoyo Pedagógico Individualizado (API):** 35 horas (dentro de los primeros tres meses de la capacitación)
- **Seguimiento pedagógico individualizado de los alumnos:** 7 horas (distribuidas a lo largo de la formación)
- **Trabajo Personal Guiado (TPG):** 35 horas (divididas en los diferentes módulos)

Pasando ya a describir la **formación en el puesto de trabajo**, que supone un total de 770 horas o 22 semanas de 35 horas, el decreto establece que se deben completar cuatro períodos de formación en un entorno profesional.

**Tres períodos de 5 semanas cada una, que** tienen como objetivo explorar las siguientes tres misiones del cuidador:

- Acompañar a la persona en las actividades de su vida cotidiana y social en el respeto de su proyecto de vida.
- Colaborar en proyectos de atención personalizada en su campo de especialización.
- Contribuir a la prevención de riesgos y al razonamiento clínico interprofesional en diferentes contextos como la atención de una persona cuyo estado de salud alterado se encuentra en fase aguda y la atención de una persona cuyo estado de salud alterado está estabilizado.

**Una práctica de 7 semanas**, realizada al final de la capacitación, que permite la exploración o consolidación del proyecto profesional y el fortalecimiento de las habilidades del alumno para validar todos los bloques de habilidades. Debe llevarse a cabo continuamente y no se puede dividir.

Estos periodos pueden llevarse a cabo en diferentes estructuras patronales, públicas o privadas, en el ámbito sanitario, social o médico-social, en instituciones, en hospitalización domiciliaria o en servicios de apoyo y asistencia personal.

El curso de experiencia práctica incluye al menos un período con personas con discapacidades física o intelectual, y un período con personas mayores.

Durante estas prácticas, el/a estudiante realiza al menos una experiencia laboral nocturna y una experiencia laboral de fin de semana.

Respecto a la **equivalencia de competencias y reducciones de formación**, en la orden que regula el nuevo diploma, se establecen las medidas de equivalencia o de la supresión parcial o total del seguimiento o validación de algunos bloques de competencias de las que podrán beneficiarse, quienes posean los títulos o diplomas, señalados en ella.<sup>9</sup>

En lo que respecta a la **evaluación de las competencias** adquiridas por el alumnado está garantizada por el instituto de formación y por quien tutoriza las prácticas a lo largo de la formación, tal y como se recoge también en el anexo III de la Orden. Dependiendo de los módulos en cuestión, la evaluación puede llevarse a cabo en situaciones simuladas.

El alumno deberá obtener una puntuación al menos igual a diez sobre veinte en cada módulo formativo que constituya el bloque de competencia. No puede haber compensación entre módulos.

Para **obtener el Diploma**, es necesario validar los 5 bloques de competencias adquiridas en la formación teórica y práctica y en un entorno profesional.

---

<sup>9</sup> Estas medidas se establecen en base a las modalidades definidas en el Anexo VII de la Orden.

En caso de no validar un bloque de habilidades, el/la estudiante se beneficia de una sesión de recuperación por año dentro del límite de cuatro sesiones de jurado.

Cuando no se cumplen las condiciones de validación al final de las pruebas de recuperación, el estudiante puede volver a registrarse y seguir las enseñanzas de los bloques de habilidades no validadas. Se pueden solicitar las tasas de matrícula correspondientes a los volúmenes por hora que requieren una nueva validación.

● **Análisis currícula de referencia en Italia**

En el caso de Italia, las profesiones sanitarias y sociales se corresponden en casi todos los casos, con carreras de entre 3 y 5 años de duración impartidas por las universidades.

En el ámbito sanitario, existen hasta veintidós profesiones sanitarias divididas en cuatro clases de titulaciones:

1) Profesiones sanitarias de enfermería y obstetricia, que habilitan para las profesiones de enfermero/a, enfermero/a pediátrico/a y matrona.

2) Profesiones sanitarias de rehabilitación, habilitando para las profesiones de fisioterapeuta, logopeda, educador/a profesional, técnico en rehabilitación psiquiátrica, neuro y psicomotricista infantil, terapeuta ocupacional, podólogo/a, ortoptista y auxiliar de oftalmología.

3) Profesiones técnicas sanitarias, habilitando para las profesiones de dietista, higienista dental, técnico de laboratorio biomédico, técnico de neurofisiopatología, técnico de fisiopatología cardiocirculatoria y perfusión cardiovascular, técnico de audiometría, técnico de audioprótesis, técnico de ortopedia, técnico de radiología médica, técnico de imagen y radioterapia.

4) Profesiones sanitarias de prevención, habilitando para las profesiones de auxiliar sanitario y técnico de prevención en el medio ambiente y en el trabajo.

Además, en Italia fuera del circuito universitario, también existen otras 2 figuras vinculadas al ámbito sociosanitario. Son las siguientes:

- Tecnico dei servizi socio sanitario - diploma expedido por una escuela pública tras 5 años de formación Permite el acceso a titulaciones universitarias de la rama sanitaria.

- Operatore Socio Sanitario (OSS) - certificado de cualificación expedido por instituciones de formación acreditadas por las distintas regiones.

A continuación, se pasa a describir este último perfil por ser el que se corresponde con el perfil mínimo exigido en Italia, para trabajar en centros de larga estancia.

❖ **Operatore Socio Sanitario (OSS)**

El perfil profesional Operatore Socio Sanitario es un certificado de cualificación profesional, reconocido en todo el territorio nacional y también por la Unión Europea. En la actualidad, hay alrededor de 330.000 profesionales con esta cualificación.

Los **principales requisitos** para ingresar al curso son: Ser mayor de 18 años y contar con el título de educación secundaria superior. En caso de ser extranjero/a debe dominar el idioma y tener un permiso de residencia válido.

El curso cuenta tiene una **duración de** 1000 horas y se puede cursar tanto de manera pública, organizado por la Región u organismos públicos, como de manera privada, en cuyo caso, tiene un coste de entre 2.400€ y 2.700€

El curso puede realizarse tanto de manera presencial, como virtual. Para **obtener** la **calificación profesional**, hay que superar un examen a la finalización del curso.

La obtención de este curso, **habilita** a la persona titulada para trabajar dentro del **ámbito sociosanitario** en funciones orientadas a cubrir la atención de las necesidades básicas y cotidianas de la persona, favoreciendo el bienestar, la autonomía e integración social de aquellas personas que precisan apoyo a nivel físico y/o cognitivo, estimulando habilidades expresivas y psicomotoras.

Con estas funciones, la persona con título de OSS puede trabajar en puestos de atención directa, en los siguientes **ámbitos** y/o servicios de salud y asistencia social:

- Hospitales
- Hogares de personas mayores
- Alojamientos de acogida a personas mayores sin recursos
- Servicios territoriales de salud
- Residencias de personas mayores (CLD)
- Asistencia a domicilio
- Hogares de personas mayores
- Centros de Día
- Centros de empleo
- Casas familiares

El OSS posee habilidades técnicas en cuanto a legislación social, normativa sanitaria, principios básicos de psicología, conocimiento en técnicas de rehabilitación, procedimientos médicos-sanitarios de atención primaria de salud, reconocer características psicofísicas de las personas con diferentes niveles de autonomía, observar el estado de salud física y psicológica de las personas que precisan apoyo para ello, aplicar técnicas de primeros auxilios, utilización de dispositivos médicos básicos o hacer apósitos pequeños. Además, de habilidades blandas en comunicación, analíticas, empáticas, planificación y orientación.

Tal y como se recoge en la guía de lectura emitida por el Sistema Regional de la Región Emilia Romagna (2020), la cualificación del OSS comprende las siguientes **4 unidades de competencia**<sup>10</sup>:

1. Promoción del bienestar psicológico y relacional de la persona
2. Adaptación doméstica/ ambiental
3. Atención de salud de la persona
4. Necesidades de atención primaria en la persona

En la tabla 1 de Anexos se detallan las capacidades que se desarrollan en cada una de las unidades de competencia.

---

<sup>10</sup> Información completa disponible en Anexo 4

### • **Análisis currícula de referencia en Finlandia**

En Finlandia la cualificación mínima necesaria que permite trabajar en el ámbito de cuidados de larga duración se corresponde con la Cualificación Profesional en Atención Social y Sanitaria.

Esta cualificación, la acredita el Ministerio de Educación y Cultura junto con la Agencia Nacional de Educación de Finlandia y lo puede emitir cualquier proveedor de educación que haya obtenido la necesaria autorización para impartir educación y otorgar cualificaciones concedido por el Ministerio de Educación y Cultura.

Este certificado se corresponde con el nivel 4 del Marco Nacional de Cualificaciones (MNC) y dentro del marco europeo de cualificaciones (MEC) se incluye dentro del nivel CINE 43. Con su obtención, se permite el acceso a estudios superiores.

A continuación, se pasa a detallar esta cualificación profesional:

#### ❖ **Cualificación profesional en Asistencia Social y Sanitaria**

La cualificación profesional en social y sanitaria otorga el título de “Enfermería práctica” posterior a cursar los **2 años** con un alcance de cualificación de 180 puntos, donde 145 son de competencias y 35 puntos en unidades comunes, además el alcance de los estudios optativos que los estudiantes deben incluir en su calificación es de 15 puntos de competencia. El precio del programa es de 15.000 euros, es decir, 7.500 euros por año de estudios para personas que vienen de fuera de la UE.

El **objetivo de la formación** es capacitar a profesionales de la salud, que con su licencia puedan adquirir la responsabilidad en la atención general de enfermería, promoviendo y manteniendo la salud de la población de manera integral en las personas y pacientes de todas las edades que tienen alguna necesidad de apoyo o cuidado.<sup>11</sup>

Las ocho competencias que comprende la cualificación son:

#### - **Área de competencia de atención y rehabilitación para personas mayores**

En esta área, se produce la competencia que permite trabajar en la atención domiciliaria, mejorando la capacidad funcional de la persona y promoviendo de igual manera, la inclusión social de personas mayores.

#### - **Área de competencia de la atención podológica**

Con respecto a la atención podológica, se busca que esta área cree las competencias para promover la salud podológica en los pacientes.

#### - **Área de competencia de educación y cuidado de niños y jóvenes**

En el área de competencias en educación, cuidado de niños y jóvenes se promueve el crecimiento, el bienestar y aprendizaje del niño en la primera infancia, además de tener la capacidad de promover la salud y bienestar del niño, adolescente y familia.

---

<sup>11</sup> Información íntegra disponible en anexo 5

- **Área de competencia de salud mental y trabajo de abuso de sustancias**

Se generan competencias para trabajar en salud mental y el abuso de sustancias de personas y las redes de ese campo.

- **Área de competencia de enfermería y cuidados**

De las gamas de capacidades adquiridas durante la formación, la enfermería y cuidado crea una competencia para promover la salud, el bienestar y capacidad funcional de la persona y la capacidad de poder trabajar, ya sea en el cuidado domiciliario como de enfermería.

- **Área de competencia del cuidado de la salud bucal**

En el área de la salud bucal, el profesional tiene la capacidad para trabajar en el cuidado de la salud bucal y promoción de la salud oral.

- **Área de competencia de atención a personas con discapacidad**

En cuanto al área de la atención de personas con discapacidad, las competencias que se generan son con la finalidad de mejorar la inclusión social de las personas con discapacidad, manteniendo y mejorando su capacidad funcional.

- **Área de competencia de soporte vital básico (BLS)**

En esta área, se adquiere la competencia para poder mejorar la salud, la seguridad, el bienestar y la capacidad funcional y la capacidad de trabajar en cuidados de emergencias y agudos.

Las **áreas de competencias** presentan cuatro unidades que son obligatorias, de las cuales, dos de ellas, promoción del crecimiento y la inclusión social y promoción del bienestar y la capacidad funcional, están incluidas en todas las áreas a excepción del área de competencia en soporte vital básico, en cuyo caso las unidades obligatorias son: promoción de la salud, la seguridad y el bienestar y el mantenimiento y promoción de la capacidad funcional. En cuanto a las Unidades comunes son: habilidades de comunicación e interacción, competencia en matemáticas y ciencias naturales y habilidades para la sociedad y la vida laboral.

De cara a clarificar esta **estructura de unidades**, incorporamos un cuadro con las áreas de competencia, unidades obligatorias y unidades comunes (consultar tabla 2 en Anexos).



Las competencias que van adquiriendo los/as futuros/as profesionales y necesarios para completar los módulos, son por medio de tareas prácticas, demostrando conocimientos y habilidades en situaciones y procesos de trabajo reales, estos se evalúan por medio de un profesor y una persona de la vida laboral de la competencia evaluada. Es así como, al aprobar, se concede el certificado de cualificación, según los requisitos establecidos en la Agencia Nacional de Educación de Finlandia.

Posterior a obtener el certificado de cualificación, pueden desarrollar su **vida laboral** en:

- Tareas de enfermería y cuidados
- Servicios para personas mayores y personas con discapacidad
- Trabajos de salud mental y drogodependencia
- Atención domiciliaria
- Educación y atención de primera infancia
- Bienestar infantil
- Familia con Niños/as
- Tareas de atención ambulatoria
- Salas de hospitalización en consultas externas
- Atención bucodental
- En soporte vital básico
- Unidades de preoperatorias
- Cuidados terminales
- Servicios hospitalarios a domicilio

Un/a enfermero/a práctico, con una cualificación profesional en atención social y de salud es un/a profesional que se encuentra regulado, tanto por la Ley de profesionales de la atención social, como por el Decreto de los/as profesionales de la atención de la salud. Independientemente al área donde cumpla su labor, el/la profesional está inscrito en los registros de profesionales sociosanitarios con el título de Enfermero/a Práctico, siguiendo lo dictado por la Autoridad Nacional supervisora del bienestar y la salud.

Sus **puestos de trabajo** pueden ser en el sector público, privado o en el tercer sector, e incluso como proveedores de atención podológica.

Quien otorga el certificado como ya se ha señalado, es un organismo que cuente como proveedor de Educación con autorización para impartir educación y otorgar cualificaciones, aprobado por el Ministerio de Educación y cultura. La Agencia Nacional de educación en Finlandia. La base jurídica es la Ley 531/2017 de Educación y formación profesional y los decretos que la complementan.

Una vez resumidas las currículas base, exigidas para trabajar como cuidadores/as en centros de larga estadía en los 4 países seleccionados, se adjunta un pequeño resumen con diferencias y semejanzas entre ellos, que puede consultarse en anexo correspondiente<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> ver anexo 6

### 3.4.2 Diferencias y semejanzas entre currículas de los países analizados

Desde el análisis de los distintos títulos de formación o capacitación para personas cuidadoras en los 4 países seleccionados: Italia, Finlandia, España y Francia (de la cual se tomaron como ejemplo dos títulos de formación), es posible evidenciar tanto similitudes como diferencias relevantes entre ellos, las cuales se analizarán a continuación.

De manera previa, no obstante, es importante resaltar que, en todos los casos, hay **dificultades para contar con personal cualificado** en el sector de los CLD debido a los bajos salarios, las exigentes condiciones laborales y el poco prestigio social que tiene esta práctica profesional.

Ya centrándonos en el análisis de las currículas, se puede ver que los **requisitos formativos y de cualificación** exigidos en los diferentes países, son **muy diversos** ya que, si bien se puede constatar que en todos los países hay un **perfil de profesional** que presta cuidados desde la ACP, en cuanto a habilidades y cualidades sociales, emocionales y técnicas, hay muchas diferencias en relación con la mayoría de los aspectos recogidos.

A grandes rasgos, respecto a similitudes en contenidos, se puede ver que éstas están vinculada a competencias, dirigidas a priorizar el bienestar físico y emocional de la persona atendida, la atención a sus condiciones de salud, seguridad y capacidad funcional, así como la higiene tanto del espacio físico como de la persona, estimulación por medio de actividades, administración de medicamentos, acompañamiento, entre otros.

Entrando ya en las diferencias, podemos constatar como en relación con las **horas de formación** que componen cada currícula, éstas son muy relevantes, ya que mientras que en España la currícula exigida implica tan solo un total de 450 horas, en Finlandia la capacitación abarca un total de 2 años.

Por otra parte, pese a que en todos los casos encontramos que la formación es de tipo teórico práctico, el **porcentaje** dedicado a la **formación práctica** varía desde el 50%-50% exigida en Francia en el perfil profesional del aide soignant a un aproximadamente 18% de horas prácticas a cumplimentar en España (80 horas de un total de 450 h). Estas diferencias son relevantes también para valorar el acompañamiento práctico a la persona en este proceso formativo y las posibilidades reales de “aprender haciendo” y, por lo tanto, acumular experiencia valiosa de cara a la futura inserción laboral.

Respecto a **criterios de admisión**, vemos que también hay diferencias. En el caso de Finlandia no se exige ninguna cualificación formal previa, al igual que Francia, donde lo que se exige es superar unas pruebas de ingreso, en cualquiera de los 2 perfiles analizados. En Italia hay que tener 18 años o más y tener el título de Educación Secundaria Superior, al igual que en España, donde también se puede acceder al perfil profesional si se cuenta con un certificado de profesionalidad de servicios socioculturales y a la comunidad.

También hay diferencias significativas en cuanto al **ámbito de intervención** y al colectivo con el que se habilita para trabajar. En algunos casos, el título, habilita para trabajar tan sólo en instituciones, como es el caso de España, donde existe otra currícula orientada a trabajar en cuidados dentro del domicilio y en otros casos, como en Italia o en Finlandia el título está dirigido a la práctica profesional tanto en instituciones de cuidados como en hospitales o en los propios hogares de las

personas. En el caso de Francia, hay diferencias relevantes entre el perfil de aide soignant y el trabajador de apoyo educativo y social, que tiene una orientación más amplia, que abarca también el entorno comunitario y la prestación de apoyo en actividades de tipo sociocultural. Estas diferencias en los ámbitos de intervención se corresponden también, como ya se ha observado, con los **colectivos destinatarios** de la intervención, que en algunos casos es específicamente, personas mayores y /o en situación de dependencia (España e Italia, principalmente) y en otros incluye desde atención a la infancia a personas mayores, con discapacidad, personas en tratamiento por abuso de sustancias tóxicas, etc., como en Finlandia.

En cuanto a diferencias en **contenidos**, se pueden observar en cómo cada título presenta un nivel de competencias distintas. Esto significa que, aunque su labor sea bastante semejante, cada currículo cuenta con capacidades más destacadas, por ejemplo, en Finlandia, el enfermero práctico adquiere competencias en podología y salud bucal. El auxiliar de enfermería de Francia genera competencias para trabajar con personas mayores con Alzheimer y el trabajador de apoyo educativo y social del mismo país, tiene las competencias para intervenir en personas que tienen discapacidad. Por el lado de Italia, el operador sociosanitario presenta técnicas de rehabilitación y principios básicos de psicología. Por último, en España el perfil de cuidador/a de personas en situación de dependencia, habilita para prestar apoyo en actividades de la vida diaria y atender de manera amplia a necesidades de la persona en todas las esferas de su vida, con especial atención a las de tipo físico, de higiene y alimentación, relacional, afectivo y comunicativo desde una mirada desde la ACP, donde la persona ha de ser atendida en su globalidad y de manera integral.

Respecto a la **evaluación**, también encontramos diferencias sustanciales entre países que apuestan por una evaluación continua y modular (España y Francia en el perfil de trabajador de apoyo educativos y social) a los que lo hacen evaluando la capacitación en la práctica (Finlandia) o a través de un solo examen final (Italia).

Finalmente hay que señalar como también relevante las diferencias en cuanto a **condiciones** exigidas a quienes pueden trabajar como **formadores** en estos perfiles, ya que, si bien en todos los casos se exige experiencia práctica en el campo de las competencias a impartir, con tan solo diferencias en el tiempo de experiencia exigida (entre 3 y 5 años), en algunos casos se exige titulación universitaria (Finlandia y España).

#### **4. Revisión nacional del sistema de organización de cuidados, políticas, tendencias actuales y buenas prácticas en diseño y desarrollo de Currículos formativos para profesionales de los cuidados**

##### **4.1 Introducción**

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno que afecta a muy diversos países europeos, asiáticos y americanos. Así, por ejemplo, en lo que hace referencia a América Latina, Colombia y Costa Rica, al igual que Uruguay, alcanzarán para el 2050 un 30% de personas mayores de su población total.

Colombia, Costa Rica y Uruguay comparten características poblacionales que dan cuenta del aumento esperado de personas mayores para los próximos años, hasta alcanzar un 30% en el 2050. La realidad de los países involucrados en la presente propuesta conlleva a afrontar notables desafíos

para seguir incorporando los fenómenos asociados al envejecimiento en las políticas desde una perspectiva de ciclo vital. Especial atención ha de tenerse en la organización de los sistemas de cuidados de larga duración, ya que el crecimiento poblacional en esta franja etaria trae aparejado el progresivo incremento de personas que precisan apoyos para su vida cotidiana, estimándose que el número de personas mayores de 60 años en situación de dependencia sobrepasará los 27 millones para el 2050.

Según la OPS y CEPAL (2018), el incremento de los trastornos incapacitantes, la fragilidad y la prevalencia de enfermedades crónicas, entre otros, disminuyen la autonomía e independencia de las personas mayores, lo que limita sus capacidades para llevar a cabo actividades de cuidado personal básico o tareas cotidianas haciendo indispensable el cuidado de otras personas.

Concretamente, en América Latina, más de ocho millones de personas mayores no pueden llevar a cabo de manera independiente al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como bañarse, comer, usar el aseo, vestirse, caminar dentro de un cuarto, o acostarse y levantarse de la cama. La necesidad de estos apoyos afecta al 12% de las personas de 60 años o más de la región, y a casi el 27% de los que tienen 80 años o más.

Existen en América Latina diversos criterios para la valoración del grado de discapacidad o dependencia de las personas, entre los que se destacan dos centrales: uno se relaciona con la intensidad de las limitaciones que la persona puede tener en alguna de las siguientes dimensiones: ver, oír, caminar o entender.

El otro criterio permite evaluar los niveles de dependencia en función de la capacidad que la persona tenga para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, a partir de lo cual se categoriza a las personas en cuatro grupos: totalmente independiente, en situación de dependencia leve, en situación de dependencia moderada y en situación de dependencia severa. Conocer la capacidad funcional de la persona, sus posibles trayectorias y determinantes son claves para diseñar el tipo y organización de los servicios de cuidado que requerirá y por ende la orientación del presente proyecto apunta a una capacitación en cuidados que promueva el mayor logro posible de la independencia funcional y autonomía en la toma de decisiones desde una perspectiva de Atención Centrada en la Persona.

En la actualidad frente a la situación de dependencia, al no ser suficientes los recursos informales disponibles para cubrir la demanda de personas que requieren cuidados de larga duración, se comienza a transitar por lo que la CEPAL (2009) dio en llamar *crisis del cuidado*. Este hecho supone un reto considerable, dado que tradicionalmente, los cuidados a personas mayores se han brindado en el ámbito informal, particularmente en el seno de la familia, estando en su gran mayoría a cargo de las mujeres. Sin embargo, cambios sociales tales como la reducción del tamaño de los hogares y la creciente participación laboral de las mujeres, ponen de manifiesto el desafío que han de afrontar los países de América Latina en los próximos años.

Estos cambios en la matriz de organización social hacen que la forma de dar respuesta a la creciente necesidad de cuidados esté en plena transición hacia un modelo de corresponsabilidad Familia-Sociedad Civil-Mercado-Estado. En la actualidad, algunos informes señalan que los servicios de cuidado en domicilio están empezando a cobrar importancia en el área de servicios de atención a

la dependencia. Estos complementan a los servicios provistos en instituciones diurnas o de larga estancia, considerados la última alternativa para aquellos casos de dependencia severa.

La provisión de estos servicios por parte del Estado ya sea a través de subsidios para la contratación de cuidadoras/es, de provisión directa de cuidadores/as en el hogar o a través de servicios en establecimientos, permiten liberar carga de cuidados a las familias, en particular a las mujeres y generar oportunidades de empleo formal.

En todos los casos la calidad del servicio depende de profesionalizar y legitimar la tarea de cuidados, aspecto se hace cada vez más apremiante en Latinoamérica desde una perspectiva que entiende dicha labor como un pilar del bienestar social y como una trayectoria laboral posible.

Lograr este bienestar social y personal implica poner en cuestión los enfoques tradicionales de atención a personas en situación de dependencia, cimentados sobre modelos asistencialistas basados preferentemente en los cuidados sanitarios, reivindicando la necesidad de avanzar hacia enfoques de atención basados en los derechos de las personas independientemente de su edad o necesidad de apoyos.

Desde esta perspectiva, la prestación de cuidados incorpora los apoyos para que las personas, además de recibir la atención que requieran, dispongan de oportunidades para el desarrollo de una vida con sentido. Los cuidados así asumen una función social que implica no solo asistir a las personas en situación de dependencia, sino también promover la autonomía personal. Hay dos principios básicos asociados a esta perspectiva de los cuidados de largo plazo: por un lado, frente a un potencial deterioro de la capacidad funcional las personas mayores han de conservar un proyecto de vida y es su derecho el aspirar a alcanzar sus metas de forma plena. En segundo lugar, se debe apuntar a optimizar las capacidades del individuo y a compensar las pérdidas con diversos mecanismos de atención y soporte, buscando que la persona sea capaz de mantener el control y decisión sobre sus actos.

Estos principios justamente son pilares de la ACP como se ha mencionado con anterioridad.

Sin embargo, la realidad indica que porcentajes muy elevados de personas que cuidan carecen de la formación necesaria, o que en los contextos locales los itinerarios formativos de las personas no están siempre bien definidos ni existen currículos acordes a las particularidades de cada país. Así mismo, en muchas ocasiones son antiguos, desarrollados desde perspectivas tradicionales de atención, y, por tanto, carecen de un marco conceptual y ético sólido en coherencia con los derechos de toda persona.

Es por ello por lo que se considera necesario y es el objetivo de esta parte del trabajo el revisar y actualizar la información respecto a que marco normativos, atencionales y formativos hay orientados para las personas mayores y para quienes ejercen tareas de cuidado en cada país, lo que será un insumo clave para el análisis y posterior formulación de currículos e itinerarios de formación y acompañamiento desde la ACP.

Partiendo de estos presupuestos los objetivos generales de este apartado apuntan a identificar aspectos organizacionales de los sistemas de cuidado y de la configuración del sistema formativo, así como los elementos claves que orientan los currículums formativos que se desarrollan

actualmente en cada país. Esto permitirá identificar buenas prácticas nacionales en capacitación dirigidas a quienes cuidan personas mayores en diferentes situaciones de dependencia.

Se describirán el contexto cultural e institucional donde se desarrollan las políticas de cuidado, su trayectoria y alcance, así como las reglamentaciones en relación con la prestación de cuidados y de formación de cada país. Finalmente se realizará la sistematización de experiencias e impactos en el ámbito de la formación de cuidadores en caso de estar relevadas.

Se tomarán en cuenta el tipo de inserción institucional de las experiencias formativas, las necesidades a las que pretenden responder, la cantidad de población que accede a dichas capacitaciones y cómo se estructuran.

## **4.2 Metodología**

### ***Diseño***

Para relevar la información se utiliza como técnica la revisión documental de información a través de fuentes primarias y secundarias. En esta técnica la información se obtiene de material al que se puede acceder de forma permanente, aportando información sobre una realidad, situación o hecho. Las fuentes documentales en este caso son documentos, libros, leyes, papers institucionales y científicos que surgen principalmente de páginas web de los organismos gubernamentales y sociales y sociales implicados en el marco legal, normativo y ejecutivo que enmarca la temática de cuidados de personas mayores de cada país.

De forma simultánea y frente a la necesidad de obtener datos que no surgía en la revisión se contactó a informantes calificados tanto del espectro político como formativo, lo que permitió actualizar la información de las fuentes escritas, contrastar la información con los avances en relación con la implementación y completar aquellos datos que siendo relevantes no figuraban en los documentos.

### ***Procedimiento***

La organización y presentación de este apartado se estructura en base a 3 subtarear a saber:

- 1) Descripción del marco legal, normativo y ejecutivo que enmarca la temática de cuidados de personas mayores de cada país. Se indagarán las políticas públicas actualmente implementadas y proyectadas.
- 2) Relevamiento referido a la gestión e implementación de políticas públicas orientadas a la formación en cuidados, estableciendo el marco político, instituciones encargadas y reguladoras, compromisos asumidos, logros alcanzados, desafíos, limitaciones y perspectivas de futuro en relación con dicha formación.
- 3) Sistematización, presentación e identificación de puntos críticos buenas prácticas de los programas formativos vigentes en el país

### ***Principios éticos***

Teniendo en cuenta la realización de las entrevistas específicamente, se consideran los criterios de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los participantes, teniendo en cuenta los principios y valores éticos para las investigaciones en seres humanos dados por la Declaración de Helsinki. Así mismo, se tuvo en cuenta el marco legal para la investigación propia de cada país, promoviendo principios de accesibilidad, equidad y calidad en el tratamiento de los datos y garantizando la protección de los datos y la confidencialidad en el procedimiento.

Se mantuvo el anonimato y la privacidad de cada uno de los/as participantes, y aunque los resultados serán expuestos posteriormente, no se incluirán sus nombres ni ningún dato que permita su identificación, aspecto considerado y explicitado en el consentimiento informado que se entregó a cada participante como paso previo a la aceptación de participación en el estudio. A cada entrevista y prueba se le asignó un código de identificación, que no guarda relación con ningún dato personal de quienes participen en el estudio.

En el caso de Colombia el consentimiento los datos personales serán tratados bajo los parámetros de la ley 1266 de 2008(145).

En el caso de Costa Rica el consentimiento de los datos está basado en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N°9234.

En el caso de Uruguay el consentimiento se guía por la ley N.º 18331 de 2008 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y ACCIÓN DE "HABEAS DATA" y sus posteriores modificaciones a través de la ley N°19.670, vigente desde enero de 2019.



### **4.3 Revisión Situación de la Formación en Cuidados en Colombia**

#### **4.3.1 Introducción**

Hablar de un sistema de cuidados en el contexto actual de Colombia no es un tema fácil, dada la complejidad social, económica y política que vive el país. Sin embargo, tal complejidad, más que ser un obstáculo, se convierte en una oportunidad para tener una atenta mirada sobre los avances que ha tenido Colombia en el transcurso del tiempo y, que han hecho que hoy, se den las condiciones y factores propicios para elaborar una prospectiva de construcción de una Política nacional de cuidado.

Asegurar los derechos de las personas mayores no es una preocupación exclusiva de Colombia o Latinoamérica, esta es una preocupación a nivel mundial; tema sobre el cual varias instancias se han pronunciado y sobre el que Colombia se ha comprometido: el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible, la aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las personas mayores y, la firma por el Pacto Global por la equidad de género, entre otros.

De igual forma, se evidencia una amplia gama de acciones que se han implementado en el territorio nacional, en términos de cuidado y protección a las personas mayores y, que permiten ver las brechas que separan los territorios de Colombia y las desigualdades de oportunidades entre las personas mayores que viven en zonas rurales y urbanas, lo mismo que una desigualdad social en la vejez, que se manifiesta en términos del cuidado, salud y protección.

Por tal motivo, en las siguientes páginas se evidencian los avances en el marco legal e institucional de las iniciativas que se han adelantado para atender y cuidar las personas mayores en Colombia, los recursos con los cuales cuenta el país y, luego, presentar de forma detallada, la oferta académica y las oportunidades de formación para los cuidadores de personas mayores en el país.

Aunque en Colombia, han existido avances en la protección de las personas mayores, todavía no existe una regulación completa e integral en los instrumentos jurídico-vinculantes, relacionados con las garantías de los derechos humanos para las personas mayores, incluido el cuidado. Este déficit es más notorio, cuando se compara con el panorama internacional o en el plano nacional, con la protección de otros grupos poblacionales, como el caso de los niños y las niñas y adolescentes, el caso de las personas con discapacidad; o el caso de las comunidades afrocolombianas (Montoya, Rodríguez y Rúa, 2018).

Los avances en política pública se han hecho desde el Ministerio de Salud y Protección social, entidad que ha venido trabajado en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Este Ministerio ha descrito en la política de envejecimiento y vejez de los años 2007 y 2015, la seguridad social en salud y la protección social en la cual se incluyen los modelos de cuidado, tanto para las personas cuidadas como para los/as cuidadores/as y, además, la capacitación del talento humano para estas tareas. No obstante, tuvo dificultades, al no ahondar en detalles y, no especificar los marcos regulatorios de vigilancia, para su control e implementación. Además, el poco trabajo intersectorial y la inexistente articulación con diferentes actores y entidades impidieron un trabajo coordinado, coherente y sistemático, para promover el éxito de las metas establecidas para esta política.

En tanto, la puesta en marcha de la nueva Política nacional de Envejecimiento y vejez (2022-2030), se espera que sea prometedora, por ser más específica en diversos sentidos, uno de los cuales corresponde al hecho de que en uno de los ejes de la política se incluye la organización del cuidado, menciona el sistema integral de cuidados en busca del desarrollo gradual y progresivo de los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo y, del derecho a la privacidad y a la intimidad, establecidos por la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Asimismo, se evidencia la importancia de la formación de talento humano en materia de vejez y envejecimiento, la cual se orienta a promover la formación de talento humano auxiliar técnico y profesional que brinde el debido soporte a la atención integral de las personas mayores, en garantía del envejecimiento activo.

#### **4.3.2 Marco Legal vigente en materias de cuidados**

##### **Antecedentes de políticas públicas sobre cuidado en Colombia**

En el contexto latinoamericano son relativamente recientes los desarrollos normativos que centran su atención en los derechos de las personas adultas mayores. Un punto de referencia puede ser el Protocolo de San Salvador, suscrito en 1988 y adoptado en Colombia mediante la Ley 319 de 1996. Al comienzo de esta propuesta, se hizo un breve recuento de los cambios en el lenguaje que se han evidenciado en las leyes sobre envejecimiento en las últimas décadas en Colombia y, además, vale la pena detenerse en la mención del cuidado y las personas cuidadoras.

A la luz de la declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la política pública colombiana de envejecimiento humano y vejez entiende la protección social como una garantía ciudadana que se concentra en el ejercicio de derechos económicos, sociales y culturales y en cuatro principios a ser incorporados a nivel conceptual y operativo en los sistemas de protección social: a) igualdad y no discriminación, b) participación y empoderamiento, c) rendición de cuentas y d) transparencia; estos principios generan obligaciones de carácter irrenunciable, universal y progresivo de los Estados con sus ciudadanos (Minsalud, 2016, p. 19).

Esta política acepta tanto la responsabilidad del Estado colombiano de atender las necesidades de las personas adultas mayores como “sujetos de especial protección constitucional” y, la necesidad de promover organizaciones, redes de apoyo y redes de protección social formales e informales que generen tejido social, así como dinámicas de movilización social para el ejercicio de los derechos, los cambios culturales sobre el envejecimiento humano y la transformación de imaginarios sobre la vejez” (Minsalud, 2016, p. 26).

Al enfoque en derechos se suma el enfoque diferencial, entendido como el esfuerzo por contemplar y atender las necesidades específicas de grupos poblacionales históricamente excluidos por sus modos de vida, etnia, raza, sexo, identidad de género, discapacidad o edad, es decir, como lo resume Castells: “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (1997).

Las categorías de “cuidado” y “cuidadores” pueden rastrearse en algunas leyes clave que vale la pena mencionar en este perfil general de políticas públicas del país. Acerca de las actividades como dar albergue, alimentar o cuidar la salud de los ancianos, el Decreto 2011 de 1976 y la Ley 687 de 2001 hablan simplemente de “servicios”. La Ley 1171 de 2007 establece beneficios educativos, económicos y médicos para las personas adultas mayores. Solo hasta la Ley 1251 de 2008 -que establece normas para proteger los derechos de las personas adultas mayores- se distingue entre la atención asociada a planes, programas o sistemas que deben estar dispuestos a brindar protección a adultos mayores y el cuidado como prácticas específicas que implican interacción directa con el adulto mayor y denotando especialmente, lo que hacen los “cuidadores” en su trato con ellos. La norma acota dos aspectos clave: reconoce que hay cuidadores formales e informales (dejando abierta la puerta para formalizar y cualificar las labores de cuidado), y regula todo tipo de lugares -privados y públicos- que se ocupan de las personas mayores. Para una explicación precisa y explícita del objetivo estatal de formalizar el cuidado, puede señalarse las posteriores Leyes 1276 y 1315 del año 2009; la 1276 ordena la protección de las personas adultas mayores en los centros vida o centros día y, la 1315 determina las condiciones mínimas para garantizar la atención y prestación de servicios de calidad. También cabe mencionar la Ley Estatutaria de la Salud, cuyo objetivo es garantizar el derecho a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección (Ley 1751 de 2015).

Al recoger elementos de los pactos internacionales suscritos por Colombia, esta Ley reconoce la salud como derecho fundamental, de carácter autónomo e irrenunciable y, que comprende el acceso a los servicios de salud de calidad, de manera oportuna y eficaz. Su punto esencial para los fines de esta propuesta es que exige a los servicios y estrategias de salud centrarse en el usuario y, que sean médica y técnicamente apropiados, según los estándares establecidos.

#### **Normatividad colombiana sobre el cuidado del adulto mayor**

En este contexto es importante resaltar otras leyes que, en sentido cronológico, han sido determinantes para proteger los derechos de las personas mayores en Colombia:

**Ley 48 de 1986.** Por la cual se autoriza la emisión de una estampilla proconstrucción, dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del anciano, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones (Función Pública, 1986).

**Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (Senado, 1993).

**Ley 300 de 1996.** Por la cual se expide la ley general del turismo en la que se incluye la obligación de que las entidades que presten dichos servicios organicen, proporcionen y desarrollen programas de recreación a personas mayores (Senado, 1996).

**Ley 599 de 2000.** penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones (Senado, 2017).

**Ley 1893 de 2018.** Amplió las causales de indignidad del artículo 1025 del Código Civil calificando como indigno y, por tanto, excluido de la herencia a quien estando obligado a suministrar alimentos haya dejado en situación de abandono al causante, categoría dentro de la cual se encuentra el adulto mayor (Senado, 2018).

**Ley 2055 de 2020.** Por medio de la cual se aprueba la ‘Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores’, adoptada en Washington, el 15 de junio de 2015 (Senado, 2020).

**Decreto 163 de 2021.** Por el cual se crea el Consejo Nacional de Personas Mayores y se dictan otras disposiciones (Función Pública, 2021).

Hasta 1967, el cuidado de los adultos mayores estaba a cargo de los asilos, financiados entonces, con la caridad de las personas y de las comunidades religiosas. Al crearse el Sistema Nacional de Salud, los asilos pasaron a ser Centros de Bienestar del anciano, pero con la Ley 10 de 1990 que revolucionó el sistema de salud y, por lo tanto, lo transformó, se asigna el cuidado de los Centros de Bienestar a las administraciones municipales.

Cuando Colombia se constituye como un Estado Social de Derecho en 1991 con la nueva constitución política y, teniendo claro, que el ser humano goza de unos derechos propios, inherentes en su condición de humano que, desde el iusnaturalismo se entienden como derechos naturales, surge la necesidad de proteger los derechos de todos los habitantes.

El cambio de esta nueva constitucionalización radicó en crear garantías para salvaguardar los derechos y libertades de los colombianos. En tal sentido, por hacer parte de la Nación y ser una población vulnerable, el adulto mayor comienza a tener una especial protección. También es importante recordar que, El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (Constitución Política, 1991, artículo 46).

Así las cosas y, en síntesis, el Estado es responsable de brindar protección y asistencia al adulto mayor, teniendo especial Artículos 229, 229A y 230 respecto de los delitos de violencia intrafamiliar, maltrato y abandono (Senado, 2000).

**Ley 687 de 2001.** Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones (Senado, 2001).

**Ley 715 de 2001.** Mediante la cual se redefinen las competencias para organizar la prestación de los servicios de salud. A las entidades territoriales de salud corresponde vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano (Senado, 2001).

**Ley 931 de 2004.** Tiene por objeto la protección especial por parte del Estado de los derechos que tienen los ciudadanos a ser tratados en condiciones de igualdad, sin que puedan ser discriminados debido a su edad para acceder al trabajo (Senado, 2004).

**Ley 1171 de 2007.** Por la cual se establecen beneficios a las personas adultas mayores como descuentos en instituciones educativas y consultas médicas prioritarias y medicamentos a domicilio, descuentos en espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales; tarifa

diferencial en el transporte público y turismo; trato preferencial en entidades públicas, consultorios jurídicos, consultas médicas prioritarias, medicamentos a domicilio (Senado, 2007).

**Ley 1251 de 2008.** Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores (Senado, 2008).

**Ley 1276 de 2009.** Por medio de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida (Senado, 2009).

**Ley 1328 de 2009.** En su artículo 87 desarrolla los Beneficios Económicos Periódicos (Senado, 2009).

**Ley 1315 de 2009.** Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención (Senado, 2009).

**Ley 156 de 2012.** Diseño e implementación de los Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) como parte de los servicios sociales complementarios del Sistema de Seguridad Social Integral, y como una nueva estrategia de los programas de gasto social para aumentar la protección para la vejez (Senado, 2012).

**Ley 1643 de 2013.** Por medio de la cual se facilita el acceso a los servicios prestados por las cajas de compensación familiar en favor de los pensionados (Senado, 2013).

**Ley 1850 de 2017.** Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se encuentren en una situación de indigencia. Por otra parte, al vivir en un Estado que se funda en el respeto de la dignidad humana, es pertinente crear mecanismos para garantizar una atención integral para las personas de la tercera edad que, con el paso de los años, se han convertido en una población no mayor del 10 % que requiere la misma atención de un menor de edad.

A partir de lo anterior, se comenzó a adoptar otras medidas y, a crear programas que esperan atender de manera adecuada, las personas de la tercera edad. Es así, como en Colombia se empieza a implementar leyes y decretos como la Ley 48 de 1986, la Ley 100 de 1993, la Ley 300 de 1996, la Ley 1171 de 2007 y, el Decreto 163 de 2021, entre otros, lo mismo que una Política Nacional de Envejecimiento y Vejez que, no tienen otro fin distinto al de determinar el trato y las garantías para estas personas y, de esta forma, promover las medidas pertinentes para que su existencia encaje en los parámetros de vida digna que establece tanto la Nación, como todos aquellos instrumentos que se han integrado en nuestro ordenamiento mediante el bloque de constitucionalidad.

Las líneas de protección de los/as adultos/as mayores en Colombia se centran en erradicar la pobreza extrema de las personas de la tercera edad, ampliando su seguridad en los programas del sistema, mejorando así, el bienestar social e individual y, reduciendo las desigualdades que se derivan de la falta de ingresos que puede tener esta población, producto de la falta de oportunidad de la Nación o la reducción que, con los años, empiezan a tener sus capacidades físicas y cognitivas.

También en la protección y garantía del derecho a la salud; el desarrollo de la promoción y asistencia social; fomento de la seguridad alimentaria y nutricional; promoción de vivienda digna y

saludable; espacios de participación social y comunitarios; fortalecimiento de los Centros de Protección Social al Adulto Mayor y Reconocimiento del Envejecimiento.

La implementación del sistema requiere de una identificación urgente de las condiciones de desarrollo económico, social y cultural, además, de las políticas administrativas de la Nación y, en general, de la población conformada por los/as adultos/as mayores.

El monitoreo del sistema radica en el seguimiento de los procesos, estableciendo en todo momento, los avances y los retrocesos que se presentan en el camino de la ejecución y la aplicación de las disposiciones que lo conforman. En Colombia, El Ministerio de Salud emitió el Decreto 163 de 2021 con el cuál el Gobierno Nacional aprueba la creación del Consejo Nacional de Personas Mayores -CNPM<sup>13</sup> como órgano consultor de carácter permanente del Ministerio de Salud, en su labor de coordinación del desarrollo y ejecución de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Además tiene dentro de sus funciones, realizar el seguimiento y la verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la protección e integración social de las personas adultas mayores, para velar por el debido cumplimiento de las disposiciones y principios establecidos en la ley.

Los objetivos y metas en relación con el cuidado de personas mayores en situaciones de dependencia, versan sobre el fomento de una cultura de respeto y trato digno hacia ellos; en fortalecer su lugar en la familia y en la sociedad; así como avivar las acciones tendientes a procurar su atención oportuna y de calidad en materia de nutrición, cuidados físicos y atención psicológica jurídica, para que disfruten de un envejecimiento digno.

#### **Necesidad de una política de cuidado en Colombia**

El Covid-19 visibilizó la importancia de una política pública de cuidado en el país, porque la carga de los cuidados dentro del hogar a causa del confinamiento dejó ver de manera explícita, la brecha entre la demanda y oferta de cuidado, la feminización en la atención, los recursos insuficientes para la cobertura de servicios de salud, las falencias de prestación de los cuidados. Bajo el marco de la política pública en construcción, es importante revisar los antecedentes más específicos.

La Ley 1413 de 2010 que regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales, para medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y, como herramienta fundamental para definir e implementar políticas públicas y, el Decreto reglamentario 2490 de 2013 para medir la contribución de las actividades de cuidado no remunerado sobre el PIB y la constitución de la Comisión intersectorial, con el fin de incluir la información sobre trabajo de hogar no remunerado en el Sistema de Cuentas Nacionales. Y, por último, se crea la

---

<sup>13</sup> Los miembros que conforman el Consejo Nacional de Personas Mayores- CNPM son: El Ministerio de salud y protección social, de trabajo y de educación. El director del Instituto Colombiano de Bienestar - ICBF- , El director del Departamento Nacional de Planeación -DNP- , un delegado de defensoría del pueblo, el secretario técnico perteneciente a la planta del Ministerio de salud, un representante de las asociaciones de gerontología o geriatría, un representante de las asociaciones de pensionados, un representante de la empresa privada, un representante de las entidades territoriales elegido por los departamentos y dos representantes de personas jurídicas, una pública y una privada, que tengan a su cargo la asistencia y prestación de servicios a los adultos mayores.

Comisión Intersectorial de la política Pública de Cuidado y se dictan disposiciones para su funcionamiento (DNP, 2021).

Otro hito que se debe mencionar es la Política pública de Mujeres y Equidad de Género que evidenció mucho más la feminización del cuidado. La Ley 1595 de 2012 aprueba el Convenio sobre el Trabajo decente para las Trabajadoras y los Trabajadores domésticos. En 2015 se expidió la Ley 1753 de 2015 que generó insumos para construir las bases del sistema de cuidado y el desarrollo de una agenda sobre la economía del cuidado.

Asimismo, la ratificación de Colombia ante las Naciones Unidas (ONU), en el marco de la agenda del Desarrollo sostenible 2015-2030, para cumplir el objetivo de Desarrollo Sostenible 5 “Igualdad de género”, resaltó la necesidad de crear políticas de protección social para equiparar las responsabilidades entre hombres y mujeres en los hogares, posicionando el cuidado como un tema transversal en las agendas Global Policy Watch (Rodríguez, 2019).

Los hallazgos relacionados con la Encuesta Nacional de uso del tiempo (ENUT), evidencio la carga de cuidado de las mujeres en los hogares, lo que impulsó la necesidad de desarrollar una política de cuidado con enfoque de género. Hoy la construcción de esta política está a cargo del Departamento Nacional de Planeación (DNP).

#### **4.3.3 Organización general, principios orientadores y líneas de acción del sistema de cuidados con relación al cuidado de personas mayores en situación de dependencia.**

En la siguiente tabla se exponen los principios orientadores del Sistema de cuidados que actualmente se encuentra desarrollándose en Colombia.

## Principios orientadores

<p><b>Política de envejecimiento y vejez</b> (Minsalud, 2020)</p> <p><b>Dignidad:</b> las personas mayores deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y malos tratos físicos y mentales. Deberán recibir un trato digno independientemente de la edad, sexo, género u orientación sexual, procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica</p>	<p><b>Política nacional del cuidado (en construcción), 2022</b></p> <p><b>Principio de progresividad:</b> este principio supone el compromiso por parte del Estado de iniciar procesos que conlleven al goce efectivo de los Derechos Humanos de la población, obligación que se suma al reconocimiento de unos contenidos mínimos o esenciales de satisfacción de esos derechos que el Estado debe garantizar a todas las personas e ir acrecentándolos paulatinamente (Corte Constitucional, 2013).</p>	<p><b>Ley 1251 (Senado, 2008)</b></p> <p><b>Igualdad de oportunidades:</b> todos los adultos mayores deben gozar de una protección especial de sus derechos y las libertades proclamados en la Constitución Política, Declaraciones y convenios internacionales ratificados por Colombia, respetando siempre la diversidad cultural, étnica y de valores de esta población.</p>
<p><b>Independencia:</b> las personas mayores tienen derecho a poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible, a tener la posibilidad de vivir en entornos seguros, a</p>	<p><b>Principio de equidad:</b> orientado a que el Estado obre de manera justa en cada caso concreto, conforme a las necesidades específicas y propias del mismo, lo anterior</p>	<p><b>Independencia y autorrealización:</b> el adulto mayor tiene derecho para decidir libre, responsable y conscientemente sobre su participación en el desarrollo social del país. Se les</p>



<p>tener acceso a programas educativos y de formación adecuados, a participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejaran de desempeñar actividades laborales, a tener ingresos y apoyos de sus familias que garanticen su autosuficiencia o del Estado si se encuentran en una condición de alta vulnerabilidad.</p>	<p>mediante a la incorporación de medidas específicas para la persona o población cuyos derechos han sido vulnerados. Este trato justo asegura una igualdad real, sustantiva o, de hecho, aun cuando las personas sean o estén bajo situaciones diferentes (INSMUJERES, 2011).</p>	<p>brindará las garantías necesarias para el provecho y acceso de las oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas de la sociedad, así como el perfeccionamiento de sus habilidades y competencias.</p>
<p><b>Autorealización:</b> las personas mayores deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, deberán tener acceso a los recursos económicos, familiares, sociales, educativos, laborales, culturales, recreativos para poder desarrollar su propio proyecto de vida</p>	<p><b>Principios de coordinación:</b> este principio implica que “las autoridades administrativas deben garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones con el fin de lograr los fines y cometidos estatales. En consecuencia, prestarán su colaboración a las demás entidades para facilitar el ejercicio de sus funciones y se abstendrán de impedir o estorbar su cumplimiento por los órganos, dependencias, organismos y entidades titulares” (artículo 6, Ley 489 de 1988).</p>	<p><b>Formación Permanente:</b> aprovechando oportunidades que desarrollen plenamente su potencial, mediante el acceso a los recursos educativos, de productividad, culturales y recreativos de la sociedad.</p>

<p><b>Participación:</b> las personas mayores deberán permanecer integradas a la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente su bienestar, y en espacios de incidencia territorial y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes, poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de realizar acciones de voluntariado en puestos apropiados a sus intereses y capacidades, poder formar movimientos de personas mayores.</p>	<p><b>Principio de sostenibilidad:</b></p> <p>El Estado debe garantizar la permanencia y proyección de este proceso, para lo cual debe proporcionar recursos técnicos, financieros, administrativos, institucionales y humanos para la implementación de la Política Nacional de Cuidado, de acuerdo con la temporalidad o duración, a las metas propuestas y a la cobertura (DNP, 2018).</p>	<p><b>Participación activa:</b> el Estado debe proveer los mecanismos de participación necesarios para que los adultos mayores participen en el diseño, elaboración y ejecución de programas y proyectos que traten sobre él, con valoración especial sobre sus vivencias y</p>
<p><b>Corresponsabilidad:</b></p> <p>Comprende la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos las personas mayores, por parte de ellos y ellas, las familias, la sociedad y el Estado quienes son corresponsables en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación.</p>		<p>conocimientos en el desarrollo social, económico cultural y político del Estado.</p>
	<p><b>Principio de corresponsabilidad:</b></p> <p>Este principio está orientado a lograr la complementariedad, la subsidiaridad y la concurrencia de todos los sectores, incluyendo la empresa privada, academia y en dado caso, las agencias de cooperación internacional (DNPESAP-USAID, 2011).</p>	<p><b>Corresponsabilidad:</b> el Estado, la Familia, la sociedad civil y los adultos mayores de manera conjunta deben promover, asistir y fortalecer la participación activa e integración de los adultos mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, planes y acciones que desarrollen para su inclusión en la vida política, económica, social y cultural de la Nación.</p>

**Fuente:** elaboración propia, 2022

### **Recursos para la recreación y cuidado a las personas mayores**

En Colombia, los recursos necesarios para procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, según lo dicta la Ley 1251, serán provenientes del sector privado y de la cooperación internacional, así como también, por los mismos adultos mayores. De igual forma, "El Gobierno Nacional podrá incorporar las partidas presupuestales necesarias para dar cabal cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley" (Ley 1251 de 2008).

Además, el Departamento Nacional de Estadística (DANE), en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (DNP), y los Ministerios de la Salud y Protección Social, Hacienda y Educación, deben adelantar dentro de sus funciones, las actualizaciones y recomendaciones en materia de política de envejecimiento, a fin de lograr una correcta planeación, proyección y distribución de los recursos que permitan atender las necesidades de los adultos mayores.

Por otra parte, el Consejo nacional del adulto mayor es el encargado de determinar los criterios técnicos para distribuir los recursos económicos públicos destinados a los programas y servicios para los adultos mayores, en específico, para la política de cuidado se desconoce qué entidad aportará los recursos principales para su puesta en marcha.

En la actualidad, todo lo concerniente al manejo y planeación de estos recursos para diferentes programas de protección se encuentra regulado por:

**La Resolución 1370 de 2013** que actualiza el Manual operativo del programa de Protección social al adulto mayor, hoy Colombia Mayor (ICBF, 2013).

**La Resolución 5244 de 2019** que modifica los recursos asignados en las Resoluciones 159, 1578 y 2562 de 2019, de la Subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad pensional para la vigencia fiscal 2019, en desarrollo del Programa de Protección social al Adulto mayor hoy Colombia Mayor (ICBF, 2019).

**El Decreto 1690 de 2020** que reglamenta el artículo 5 del Decreto Legislativo 812 de 2020 sobre la administración, ejecución y operación del Programa de protección social al adulto mayor hoy Colombia Mayor, el esquema de compensación del impuesto sobre las Ventas (IVA), el Programa de Ingreso Solidario y se dictan otras disposiciones (Senado, 2020).

**La Resolución 0653 de 2021** que asigna los cupos y recursos correspondientes al Programa de protección social al Adulto mayor hoy Colombia Mayor (ICBF, 2021).

**La Resolución 1445 de 2021** que establece la aplicación de la metodología del SISBEN IV para las nuevas inscripciones en el programa de Protección Social al Adulto Mayor – Colombia Mayor (ICBF, 2021).

**El Decreto 163 de 2021**, por el cual se crea el Consejo Nacional de Personas Mayores y se dictan otras disposiciones, donde se establece que este es el órgano encargado de determinar los criterios técnicos para distribuir los recursos económicos públicos, destinados a los programas y servicios para las personas mayores (Senado, 2021).

**La Resolución 0233 de 2020**, donde se asignan recursos de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional para la vigencia fiscal 2020, se amplía cobertura y se efectúa una convocatoria para distribuir cupos a adultos mayores residentes en resguardos y/o comunidades indígenas legalmente constituidas (Mintrabajo, 2020).

Para ser usuario de estos recursos, es necesario, en primer lugar, pertenecer al grupo de personas que se reconozcan como adultos mayores, es decir, ser una persona de 60 años o más, tal como la Ley lo define:

Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen (Ley 1276, 2009).

Por otra parte, cada programa existente, a partir de lo anterior tienen sus propios requisitos, como, por ejemplo: ser colombiano; haber residido durante los últimos diez años en el territorio nacional; tener mínimo tres años menos de la edad que se requiere para pensionarse por vejez (hoy 54 años para mujeres y 59 para hombres); carecer de rentas o ingresos suficientes para subsistir.

#### **4.3.4 Caracterización, dependencia institucional y perfil de usuarios de servicios actuales y emergentes donde se articula el sistema de cuidados**

En Colombia la **Ley 1251 de 2008**, se considera como una de las leyes más completas al dictar las normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Dentro de las modalidades de protección de las personas mayores mencionadas en esta Ley, se encuentran:

- **Centros residenciales para la persona mayor:** destinados a la vivienda permanente o temporal de las personas mayores, ofrecen servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades de protección y cuidado. Estos centros también pueden brindar servicios de centro día, domiciliario o teleasistencia.
- **Centros día para la persona mayor o Centros Vida:** destinados a prestar un servicio por lo general, de ocho horas diarias, entre las 6:00 a las 18:00 horas, durante cinco o seis días a la semana. Prestan servicios de protección y cuidado de la persona mayor de los estratos I y II del SISBEN.
- **Centros de atención domiciliaria para la persona mayor:** orientados a prestar servicios domiciliarios para proporcionar bienestar a la persona mayor en la residencia del usuario.
- **Centros de teleasistencia domiciliaria:** ofrecen atención especializada por contacto telefónico con una persona capacitada en asistencia en crisis personales, sociales o médicas de las personas mayores, con el propósito de brindarles seguridad y mejorar su calidad de vida.

Todas las modalidades de protección para las personas mayores aplican en todo el territorio nacional, mientras que según la Ley 1315 de 2009, el seguimiento de vigilancia y control a los centros de protección social, de día e instituciones de atención para adultos mayores y/o de personas en situación de discapacidad corresponde a las Secretarías de Salud de los niveles departamental, distrital y municipal (Función Pública, 2009).

En el título tres de la Ley en comento, se establecen los requisitos para el funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios, de atención y protección integral del adulto mayor, los cuales son:

a) reglamento interno donde se defina la razón social, el representante legal, los portafolios de servicios, deberes y derechos de los usuarios personas mayores b) nivel nutricional que garantice el adecuado grado nutricional de cada adulto mayor, con una minuta definida como patrón individual bimensual y previa valoración médica c) Infraestructura de una planta física con especificaciones que permitan el desplazamiento fácil y seguro de los adultos mayores y, en particular, la movilización de quienes se encuentran en condición de dependencia d) **Talento Humano con** definición de estándares y perfiles personales, profesionales, técnicos y auxiliares, de acuerdo con los cargos y funciones y, el número de usuarios que se proyecte atender en la institución, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos f) Área ocupacional con implementación de actividades de productividad y sostenibilidad social y/o económica para mantener, recuperar y/o habilitar la funcionalidad física y mental, lo mismo que el reconocimiento individual de los adultos mayores como miembros activos de la sociedad con base en las capacidades, habilidades, intereses y condiciones de cada uno g) Salud mental que garantice la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren su grupo familiar.

De igual forma, la Ley 1315 de 2009 se complementa con la Resolución 55 de 2018 en donde se establecen los requisitos mínimos esenciales exigibles a los Centros de atención de las personas mayores, con cinco estándares, con sus respectivos criterios en los ámbitos de talento humano, infraestructura, dotación, gestión y atención integral. El presente documento se centra en el talento humano en salud.

**Requisitos mínimos esenciales exigibles a los centros, con relación al talento humano en salud**

ESTÁNDAR	#	CRITERIO
TALENTO HUMANO EN SALUD	1	<p>Cuenta con 1 director o coordinador quien es responsable del cumplimiento de los servicios ofrecidos por los Centros. Deberá certificar mínimo formación tecnológica o profesional en ciencias humanas, ciencias sociales o ciencias de la salud.</p> <p>En Centros con hasta 60 personas usuarias inscritas cuentan con un director o coordinador con disponibilidad de mínimo 4 horas diarias por cada día que el centro preste servicios.</p> <p>En Centros con 61 o más personas usuarias Inscritas cuentan con un director o coordinador con disponibilidad de 8 horas diarias por cada día que el centro preste servicios.</p>
	2	<p>Dispone de 1 responsable de la definición de menús del Centro, con formación en nutrición y dietética, que garantice que las personas mayores reciban una alimentación variada, balanceada y acorde a sus necesidades. En Centros con hasta 60 personas usuarias inscritas cuentan con 1 responsable ...con disponibilidad de mínimo 8 horas mensuales, distribuidas en mínimo 2 visitas al mes, cada dos semanas, cada una de 4 horas continuas.</p> <p>En Centros con 61 o más personas usuarias inscritas cuentan con 1 responsable con disponibilidad de mínimo 16 horas mensuales, distribuidas en mínimo 4 visitas al mes, cada semana, cada una de 4 horas continuas</p>
	3	<p>Dispone de mínimo 1 responsable del mantenimiento y aseo de la infraestructura física y equipamiento del Centro.</p> <p>En Centros con hasta 15 personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 1 responsable con disponibilidad de mínimo 2 horas diarias por cada día que el Centro preste servicios. En Centros con entre 16 y 60 personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 1 responsable con disponibilidad de mínimo 4 horas diarias por cada día que el Centro preste servicios.</p>

		<p>En Centros con 61 o más personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 1 responsable con disponibilidad de 8 horas diarias por cada día que el Centro preste servicios.</p>
	4	<p>Cuenta con manipulador de alimentos certificado. En Centros con hasta 15 personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 1 manipulador de alimentos con disponibilidad de mínimo 4 horas diarias por cada día que el Centro preste servicios.</p> <p>En Centros con entre 16 y 45 personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 1 manipulador de alimentos con disponibilidad de mínimo 6 horas diarias por cada día que el 4 centro preste servicios. En Centros con entre 46 y 60 personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 2 manipuladores de alimentos: 1 con disponibilidad de mínimo 6 horas diarias por cada día que el centro preste servicios y 1 con disponibilidad de mínimo 4 horas diarias por cada día que el Centro preste servicios.</p> <p>En Centros con 61 o más personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 2 manipuladores de alimentos con disponibilidad de 8 horas diarias cada uno por cada día que el Centro preste servicios</p>
5	<p>Cuenta con mínimo técnico laboral auxiliar en enfermería o en salud pública. En Centros con hasta 60 personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 1 persona con este perfil, con disponibilidad de mínimo el tiempo que el Centro preste servicios por cada día.</p> <p>En Centros con 61 o más personas usuarias inscritas cuentan con mínimo 2 personas con este perfil</p>	



	6	<p>En Centros de hasta 15 usuarios participantes, cuentan con mínimo 1 persona, con excelencia relacionada en actividad física y de interacción social, con disponibilidad de mínimo 4 horas, por cada día que el Centro esté abierto a los usuarios para el desarrollo de los siguientes servicios en dicho periodo de tiempo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) actividades físicas y de interacción social,</li> <li>2) actividades cognitivas y productivas,</li> <li>3) actividades recreativas y culturales.</li> </ol> <p>Este talento humano estará a cargo de máximo 15 usuarios participantes en cada una de las actividades. Para cada actividad se debe disponer de mínimo 1 hora y 20 minutos</p>
	7	<p>En Centros de 16 a 30 usuarios participantes, cuentan con mínimo 2 personas: 1 con experiencia relacionada en actividad física e interacción social y 1 en actividades cognitivas y productivas. con disponibilidad de mínimo 4 horas cada una, por cada día que el Centro esté abierto a los usuarios, para el Desarrollo de los siguientes 3 servicios en dicho periodo de tiempo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) actividades físicas y de interacción social,</li> <li>2) actividades cognitivas y productivas,</li> <li>3) actividades recreativas y culturales,</li> </ol> <p>Cada persona estará a cargo de máximo 15 usuarios participantes en cada una de las actividades.</p> <p>Para cada actividad se debe disponer de mínimo 1 hora y 20 minutos.</p>

	<p>8</p> <p>En Centros de 31 a 60 usuarios participantes, cuentan con mínimo 3 personas: 1 con experiencia relacionada en actividad física e interacción social, 1 en actividades cognitivas y productivas y 1 en actividades recreativas y culturales, con 1. TALENTO HUMANO disponibilidad de mínimo 4 horas cada una, por cada día que el Centro esté abierto a los usuarios, para el desarrollo de los siguientes 3 servicios en dicho periodo de tiempo: 1)Actividades físicas y de interacción social, 2)Actividades cognitivas y productivas, 3)Actividades recreativas y culturales</p> <p>Cada persona estará a cargo de máximo 15 usuarios participantes en cada una de las actividades. Para cada actividad se debe disponer de mínimo 1 hora y 20 minutos.</p>
	<p>9</p> <p>En Centros de 61 y más usuarios participantes, cuentan con mínimo 3 personas: 1 con experiencia relacionada en actividad física e interacción social, 1 en actividades cognitivas y productivas y 1 en actividades recreativas y culturales, con disponibilidad de mínimo 6 horas cada una, por cada día que el Centro esté abierto a los usuarios, para el desarrollo de los siguientes 3 servicios en dicho periodo de tiempo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) actividades físicas y de interacción social,</li> <li>2) actividades cognitivas y productivas, 3) actividades recreativas y culturales,</li> </ol> <p>Cada persona estará a cargo de máximo 15 usuarios participantes en cada una de las actividades. Para cada actividad se debe disponer de mínimo 1 hora y 20 minutos</p>
	<p>1</p> <p>0</p> <p>Todo el personal del Centro cuenta con constancia o participación en formación para la atención de emergencias, primer respondiente y manejo de elementos en emergencias de mínimo 36 horas.</p>
	<p>1</p> <p>1</p> <p>Cuenta con procesos de inducción y reintroducción del talento humano del Centro, orientados al fortalecimiento de capacidades, basados en el enfoque de derechos y el modelo de atención integral y centrada en la persona. El talento humano debe participar en estas actividades al menos una vez al año.</p>

	1 2	Cuenta con evaluaciones del talento humano del Centro para determinar necesidades de mejoramiento y calidad de las interacciones con las personas adultas mayores usuarias, sus familias, proveedores y organizaciones de inspección, vigilancia y control.
	1 3	El director o coordinador cuenta con constancia/s de asistencia o participación a formaciones para la atención integral de personas adultas mayores. Esas formaciones deberán corresponder a un componente teórico (presencial o virtual) de mínimo 160 horas, y a un componente de experiencia directa de mínimo 320 horas de atención realizadas durante o posteriormente a las formaciones. Las anteriores constancias deben sumar un mínimo de 480 horas. Las constancia/s del componente teórico deberá/n ser expedida/s por Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o Instituciones de Educación Superior, legalmente reconocidas por el Estado colombiano.
	1 4	El/los técnico/s laboral/es auxiliar/es en enfermería o en salud pública cuenta/n con constancia/s de asistencia o participación a formaciones para la atención integral de personas adultas mayores. 1. TALENTO HUMANO Esas formaciones deberán corresponder a un componente teórico (presencial o virtual) de mínimo 160 horas, y a un componente de experiencia directa de mínimo 320 horas de atención realizadas durante o posteriormente, a las formaciones. Las anteriores constancias deben sumar un mínimo de 480 horas. La/s constancia/s del componente teórico deberá/n ser expedida/s por Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o Instituciones de Educación Superior, legalmente reconocidas por el Estado colombiano.
	1 5	El/los responsable/s de brindar los servicios de 1) actividades físicas y de interacción social, 2) actividades cognitivas y productivas, 3) actividades recreativas y culturales cuenta/n con constancia/s de asistencia o participación a formaciones para la atención integral de personas adultas mayores. Esas formaciones deberán corresponder a un componente teórico (presencial o virtual) de mínimo 160 horas, y a un componente de experiencia directa de mínimo 320 horas de atención realizadas durante o posteriormente a las, formaciones. Las anteriores constancias deben sumar un mínimo de 480 horas. la/s constancia/s del componente teórico deberá/n ser expedida/s por Instituciones de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano o Instituciones de Educación Superior, legalmente reconocidas por el Estado colombiano.

**Fuente:** elaboración propia, 2022

La Resolución 55 de 2018, establece los requisitos mínimos esenciales que deben acreditar los centros Vida y las condiciones para la suscripción de convenios docente-asistenciales. Particularmente en el título de conceptos y definiciones se resalta la gestión de los siguientes términos:

**1. Bitácora:** registro documental organizado en forma cronológica, de modo que a medida como se vaya desarrollando la atención a la persona adulta mayor, los resultados se incorporen para tener un seguimiento claro del plan de atención integral, centrado en la persona.

**2. Manual de buen trato:** documento que incluye los deberes para garantizar la sana convivencia de quienes integran la comunidad, teniendo en cuenta el respeto, la dignidad y uso adecuado de las formas de comunicación.

**3. Modelo de atención integral y centrada en la persona:** con el cual se logran las mejoras en la calidad de vida y el bienestar de la persona, a partir del respeto a su dignidad y derechos, sus intereses y preferencias y, contando con su participación efectiva.

**4. Plan de atención integral y centrada en la persona:** documento elaborado por un equipo interdisciplinar que recoge la valoración de cada persona, realizada con instrumentos de valoración estandarizados y actualizados para determinar los objetivos, plan de trabajo interdisciplinar e intervenciones en áreas física, psíquica, funcional, personal y social y, evalúa los resultados sobre mejora de la calidad de vida de la persona.

**5. Reglamento interno:** instrumento que define la razón social, representante legal, objetivos, estructura de la organización, portafolio de servicios, derechos y responsabilidades de los actores institucionales y otros aspectos que regulan el funcionamiento del Centro (Diario Oficial 50.497, 2018).

Esta Resolución es muy importante porque establece por primera vez en Colombia, la definición y el modelo de atención integral centrado en la persona, como es la intención de este documento. Al mismo tiempo, relaciona los criterios y estándares para formar talento humano en salud.

#### **Hitos actuales en Colombia**

Es importante destacar que Colombia vive un proceso de creación de políticas públicas y eventos gubernamentales destacados. Entre ellos se debe mencionar el Plan decenal de salud pública (PDSP), una de las políticas públicas en salud que incluye una hoja de ruta para los próximos diez años en materia de salud pública. Este documento es el resultado de un amplio proceso de participación de la población que incluye todos los actores del sistema de salud, para responder todas sus inquietudes sobre el tema.

Vale la pena resaltar que en el PDSP, el talento humano en salud fue mencionado en varios apartados. En efecto, sostiene que, para garantizar la salud como un derecho humano y como elemento fundamental en el bienestar y el desarrollo humano, implica i) reconocer y concebir las personas, familias y comunidades como sujetos de derecho, únicos, singulares e integrales y ii) generar condiciones en las cuales todos los ciudadanos puedan disfrutar del nivel de salud lo más alto posible.

Esto significa un sistema de salud que dispone de: i) mecanismos para la promoción y sostenibilidad del aseguramiento al SGSSS; ii) servicios y tecnologías en salud en todas las fases de la atención en salud, iii) talento humano suficiente en salud y con competencias técnicas y funcionales; iv) sistemas de información oportunos y con calidad; mecanismos como incentivos al talento humano y los usuarios; v) respuestas intersectoriales efectivas que modifiquen los determinantes sociales y ambientales de la salud de la población: pobreza; educación; desempleo; vivienda, seguridad ciudadana; etnicidad y ruralidad; ambiente; vi) condiciones resilientes para responder ante las emergencias sanitarias; humanitarias y ambientales, entre otras (Diario Oficial 50.497, 2018).

### **Gestión del talento humano para la gobernanza en salud pública**

Los actores sociales involucrados y, en especial, el talento humano en salud, se constituyen en gestores de la salud pública, es decir, intérpretes y mediadores de las formas del cuidado de la vida y la salud, superando la mirada funcionalista sobre la población entendida como un objeto pasivo que requiere intervención, rescatando la potencia creadora de los sujetos individuales y colectivos para producir salud en los territorios y al interior de los entornos cotidianos donde transcurre la vida (Granda, 2009).

Al respecto, la gestión de la salud pública se entiende como un modo particular de relacionarse con distintos roles y grados de saber y poder de los sujetos involucrados que, busca establecer entre ellos, relaciones constructivas, formas más democráticas para coordinar, planificar y evaluar el trabajo que integran la experiencia, el deseo y el interés de los sujetos en un ejercicio de cogestión que facilita la co-creación y reconoce las interacciones humanas como el centro de la gestión en salud. Una gestión de la salud pública que cumpla con los tres objetivos básicos de la gestión: producir objetivamente bienes y servicios para otros, reproducir la propia organización y asegurar la realización profesional y personal del talento humano en salud y, la satisfacción de las personas que utilizan los servicios (Massuda y Campos, 2010).

El PDSP 2022-2031 propone siete recursos operativos: i. Desarrollo del talento humano, ii. Participación social y comunitaria en salud, iii. Acceso efectivo a servicios sociales, de salud y acciones de bienestar, iv. Estandarización de la práctica y evaluación de tecnologías en el marco de la gestión de tecnologías de la salud pública, v. Vigilancia en salud pública, vi. Salud digital y sistemas de información interoperables, y vii. Planeación, monitoreo, seguimiento y evaluación eficiente de la salud pública (Minsalud, 2021).

Esta política evidenció que, las necesidades en formación del talento humano en salud se encuentran en el PDSP, aunque no establece la forma para atender las demandas de cuidado de la población mayor (Minsalud, 2021).

Por otra parte, la Política nacional del cuidado está dirigida a la primera infancia, personas con discapacidad y personas mayores, de acuerdo con lo establecido en el artículo 46 de la Constitución Política que indica: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”. Al mismo tiempo, la Ley 1251 tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia, así como regular el funcionamiento de

las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos Tratados y Convenios Internacionales suscritos por Colombia (Ley 1251, 2008).

En Colombia la Comisión Intersectorial de salud pública (CISP), es la instancia de coordinación y seguimiento a los sectores responsables del desarrollo del PDSP, adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social. La Asociación colombiana de geriatría y gerontología fue incluida en ella por primera vez y, por esta razón, se espera que impulse las necesidades que ha detectado en esta política y, que pueda trabajar de manera mancomunada con otros sectores, para ampliar la posibilidad de cumplir las metas (Minsalud, 2021).

Ahora, el trabajo se centra en la Resolución 3280 de 2018 que establece los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud para todas las personas, familias y comunidades, ofreciendo detalles valiosos para formular estrategias de intervención en salud para adultos mayores. Uno de los focos especiales de esta Resolución es la familia como unidad de cuidado que se entiende como una estructura social que se construye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por lo tanto, si bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor las que estructuran y le brindan cohesión a la institución (Resolución 3280, 2018, p. 79).

La Resolución contempla la familia como un sujeto colectivo de derechos y, una institución histórica que ha evolucionado y ampliado con las transformaciones sociales y culturales fundadas en los derechos humanos. Es importante destacar la incidencia de “sus propias dinámicas y situaciones que la configuran como una unidad” en la salud “tanto individual como familiar, por lo cual debe ser tratada en este marco relacional y, no de forma fragmentada por cada uno de sus integrantes” (Resolución 3280, 2018, p. 79).

En cuanto al cuidado de la vejez la Resolución en comento, destaca la educación en varios puntos clave: nutrición, salud sexual, auditiva-comunicativa, bucodental, mentalemocional, social (redes de apoyo), trabajo y vacunación (pp. 141-142). En particular, convoca a los proyectos sobre cuidado para que promuevan el mantenimiento de la propia salud, la identificación oportuna de factores de riesgo dentro de la familia, la búsqueda de la conservación de las habilidades intelectuales y cognitivas, así como “la autonomía de las personas adultas mayores a través del entrenamiento cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales” (p. 205). Para tal fin, la Resolución alienta la educación para la salud, siempre que se identifique que, la población objetivo necesite comprender y apropiar ciertas prácticas de cuidado de su salud para evitar mayores riesgos, estrategias didácticas específicas e individualizadas y entrenamiento cognitivo-emocional.

#### **4.3.4 Características de personas usuarias y trabajadoras de los diferentes recursos contexto sociodemográfico y de la dependencia en personas mayores en Colombia**

La mayoría de las personas cuidadoras son mujeres, por lo general entre los 35 y los 60 años, aunque en ocasiones exceden los 60 años. En la mayoría de los casos son parientes cercanos o cónyuges de la persona cuidada, tienen pocos o nulos ingresos económicos personales y son proclives a generar en ellos mismos sintomatologías físicas y psicológicas relacionadas con la condición de la persona cuidada. Pese a que muchas de las personas cuidadoras reportan una satisfacción personal por su labor, los horarios de cuidado difusos y extensos, entre 8 y 24 horas al día, siete días a la semana, la sobrecarga de trabajo, el poco tiempo para descanso o crecimiento personal, sumado a dinámicas emocionales problemáticas alrededor de la persona cuidada contribuyen al detrimento de la calidad de vida y la salud de las dos personas (Minsalud, 2016).

La situación mencionada también se confirma por otros estudios que evidencian la feminización del cuidado, cuya labor comienza hacia los 42 años, con bajo nivel educacional y socioeconómico. En su mayoría (84,3 %), se trata de familiares o cónyuges con bajas habilidades de cuidado (Cantillo, Ramírez y Perdomo, 2018).

Con respecto de la vulnerabilidad socioeconómica de las personas cuidadoras y su asociación con un bajo nivel educativo, numerosos estudios han descrito la situación: Velásquez et al. 2016; Chaparro et al. Moreno, 2016; y Hernández Quirama, et al., 2019. La conclusión más visible es el deterioro de las condiciones de las personas cuidadoras y la excesiva dificultad de desarrollar un proyecto de vida propio, bien sea económico, educativo o creativo.

Varios estudios hechos con cuidadoras principales demostraron la asociación entre síntomas depresivos y variables como el apoyo percibido, la dedicación exclusiva y la interacción social limitada (Otero, Vázquez, Ferraces, Blanco & Torres, 2015) y (Vega, Garnica, Rincón & Rincón, 2014). Autores como Bazo (1999) y Rivera-Ledesma y Montero (2005) Evidencian una fuerte asociación entre los avances de la enfermedad de la persona cuidada y la morbilidad psicológica y física de la persona cuidadora informal. Las largas jornadas de trabajo, los altos niveles de estrés y la desproporción entre la demanda de trabajo y la capacidad de respuesta tienen una fuerte incidencia sobre la salud de las personas cuidadoras (Calzada-Ocampo 2018).

La sobrecarga o agobio de las personas cuidadoras tiene repercusiones en sus vidas. Este concepto apareció como término sombrilla que cubre el conjunto de consecuencias negativas para quien cuida de una persona dependiente. El panorama se dificulta mucho más al considerar los cambios en la estructura familiar: cada vez son más las necesidades de cuidado debido a los cambios demográficos y menos personas disponibles para ofrecerlo. Estas condiciones aumentan la carga sobre los familiares. Existen dos clases de sobrecarga que deben tenerse en cuenta para los fines



prácticos de esta propuesta: *la sobrecarga subjetiva y la objetiva*. La primera, evidencia la respuesta emocional de la persona cuidadora frente a las exigencias del cuidado. Esta definición es fundamental al momento de proponer mecanismos respaldados por la medicina, para así mitigar emociones, pensamientos y actitudes cognitivas que agraven la carga y el estrés de las personas. Estos métodos pueden ser: el entrenamiento cognitivo-emocional y las prácticas de atención plena.

La sobrecarga objetiva por su parte, abarca los aspectos más cuantificables de la experiencia del cuidado: carga física, tiempo de dedicación, factores de riesgo, etc. Aunque se ha señalado lo limitado del concepto de sobrecarga para mostrar la experiencia del cuidado, la sobrecarga del cuidador sigue siendo un indicador imprescindible en la investigación académica sobre la salud de cuidadoras y personas cuidadas. Aunque el cuidado implica grandes retos para la salud de las personas cuidadoras, muchas publicaciones señalan que la forma como se brinde el cuidado, incide sobre la salud emocional, la independencia y la autoestima de las personas cuidadas.

#### *Clasificación personas cuidadoras*

Según nivel educativo	Según su rol
Técnicos/ auxiliares	Dirección/gestión
Tecnólogos/as	Apoyo
Profesionales	Asistencial
Profesionales especializados	Agentes comunitarios parteras

Fuente: elaboración propia, 2022

El talento humano en salud también incluye todas las personas que aportan con acciones de gestión, apoyo, atención, seguimiento y evaluación del cuidado de la salud en el Modelo integral de atención en salud (Minsalud, 2017, p. 14).

El estudio adelantado entre el Ministerio de salud y la Universidad del Valle en las principales ciudades de Colombia: Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla incluyó la caracterización de las personas cuidadoras institucionales (Minsalud, 2016), las cuales quedaron clasificadas en dos tipos de cuidadores:

1. Persona cuidadora familiar: es cualquier persona que en el hogar supervisa y apoya la realización de las AVD para compensar la necesidad de asistencia de una persona adulta mayor. Puede tener un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido con algún grado de dependencia y, participa en la toma de decisiones (De los Reyes, 2001).

2. Persona cuidadora institucional: es aquella persona que con o sin capacitación, supervisa y apoya la ejecución de las AVD y, brinda atención preventiva asistencial y educativa a la persona adulta mayor y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hospital de día, centros de jubilados y residencias geriátricas; su intervención genera un costo y un tiempo de dedicación específico (De los Reyes, 2001).

Para el último caso, su máximo nivel de estudios alcanzado fue una de las variables consideradas en el estudio. Se observó que las personas cuidadoras tienden a tener con mayor frecuencia, un nivel técnico de formación. Los resultados mostraron que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel técnico para Bogotá, Medellín y Cali, cuya esta proporción está por encima del 60 %, mientras para Barranquilla está por debajo del 50 %; en esta ciudad es importante resaltar que la proporción de personas cuidadoras con nivel profesional es de 21 %, siendo considerablemente más alto que la proporción del estudio en las otras tres ciudades (Minsalud -Universidad del Valle, 2013).

También mostró que el nivel educativo con la proporción más alta en cada ciudad fue la formación técnica. Al revisar el listado de programas técnicos que refirieron estas personas, se logró hacer una clasificación que mostró una tendencia hacia los programas de auxiliar de enfermería, es decir, porcentajes cercanos al 70 % indicando este tipo de programas. Es importante resaltar que en Medellín el 24 % y en Cali el 11% de las personas cuidadoras refirió un programa de formación técnica relacionado con el cuidado de las personas adultas mayores (Minsalud-Universidad del Valle, 2013).

El término “cuidador” se refiere a las personas a cargo de los cuidados y, puede abarcar un espectro amplio de habilidades y agentes. Hacia un extremo del espectro se ubican quienes ejercen el cuidado informal: familiares, cónyuges y amigas. Estas personas no reciben remuneración y obtienen grados muy variados de apoyo externo. Hacia el extremo opuesto se ubican los profesionales de la salud con alto grado de entrenamiento. En el espacio entre ambos extremos hay todo tipo de variaciones y roles múltiples, diferentes grados de capacitación, dedicación, estatus y honorarios. Los problemas de atención y protección social en Colombia, la carencia de programas acordes con las necesidades de las personas mayores y la falta de implementación de regulaciones pertinentes, representan vacíos destacados que, en muchas ocasiones, obligan a las familias y, en especial, a las cuidadoras informales a asumir responsabilidades que, con frecuencia, exceden su capacidad de respuesta. Por lo general, desde la academia se señala que los cuidados informales de la familia o red de apoyo de los adultos mayores son los más indicados para su bienestar, siempre y cuando, no desborden sus capacidades, disponibilidad de cuidadores y equilibrio con otros proyectos, por lo cual los cuidados informales podrían:

ser complementados o suplementados con cuidados formales, institucionales, que brinden apoyo y formación a los cuidadores familiares, apoyo que podría provenir de servicios sociales públicos, evitando que las familias y las personas mayores quedaran

librados a la necesidad de proveerse en el mercado de estos cuidados (CalzadaOcampo, 2018, p. 514).

En cuanto a la salud mental, la depresión no solo aqueja a las personas mayores (más del 40 %, encuesta SABE, 2015), sino también a las personas cuidadoras. La sintomatología depresiva se caracteriza en términos generales, como un estado de ánimo de tristeza, desesperanza e inutilidad, baja autoestima, poca energía física y psíquica que puede llevar a un retraimiento apático con el entorno y, manifestaciones posibles de ansiedad, agitación, angustia y/o irritabilidad (Muñoz, Price, Reyes, Ramírez & Costa, 2010). Al respecto son numerosos los estudios que han evidenciado elevados niveles de sintomatologías depresivas en personas cuidadoras (Martínez, 2020), (Lacerda, 2019), (Hu, Huang et al., 2017), y (Bozkurt, 2014), y que conectan dichos síntomas con baja alerta mental, pérdida de energía y entusiasmo, desesperanza, emociones y pensamientos negativos e irritabilidad.

Varios estudios hechos con cuidadoras principales demostraron la asociación entre síntomas depresivos y variables como el apoyo percibido, la dedicación exclusiva y la interacción social limitada (Otero, Vázquez, Ferraces, Blanco & Torres, 2015) y (Vega, Garnica, Rincón & Rincón, 2014). Autores como Bazo (1999) y Rivera-Ledesma y Montero (2005), argumentan que un sector importante de la población mayor presenta problemas de salud que se agravan con la edad. En general se evidencia una fuerte asociación entre los avances de la enfermedad de la persona cuidada y la morbilidad psicológica y física de la persona cuidadora informal. Las largas jornadas de trabajo, los altos niveles de estrés y la desproporción entre la demanda de trabajo y la capacidad de respuesta tienen una fuerte incidencia sobre la salud de las personas cuidadoras (Calzada-Ocampo 2018).

La sobrecarga o agobio de las personas cuidadoras alude a las repercusiones del cuidado en la vida de quienes lo brindan. Este concepto apareció como término sombrilla para cobijar el conjunto de consecuencias negativas para quien cuida de una persona dependiente. El panorama se dificulta mucho más, al considerar los cambios en la estructura familiar, porque cada vez son más las necesidades de cuidado debido a los cambios demográficos y, menos las personas disponibles para ofrecerlo, lo cual hace difícil la tendencia a aumentar la carga del cuidado sobre los familiares. Existen dos clases de sobrecarga que deben tenerse en cuenta para los fines prácticos de esta propuesta: la sobrecarga subjetiva y la objetiva. La primera evidencia la respuesta emocional de la persona cuidadora frente a las exigencias del cuidado. Esta distinción es clave al momento de proponer mecanismos respaldados por la medicina, para mitigar emociones, pensamientos y actitudes cognitivas que agraven la carga y el estrés de las personas, tales como el entrenamiento cognitivo-emocional y las prácticas de atención plena. La sobrecarga objetiva por su parte, son los aspectos más cuantificables de la experiencia del cuidado: carga física, tiempo de dedicación, factores de riesgo, etc. Aunque se ha señalado la limitación del concepto de sobrecarga para mostrar la experiencia del cuidado, al centrarse en los aspectos negativos, la sobrecarga del cuidador sigue siendo un indicador imprescindible en la investigación académica sobre la salud de cuidadoras y personas cuidadas. La sobrecarga de las personas cuidadoras ha sido establecida como un factor de gran importancia en la utilización de servicios de salud de larga duración y, en la calidad de vida de las personas cuidadoras.

Aunque el cuidado implica grandes retos para la salud de las personas cuidadoras, muchas publicaciones señalan que la forma como se brinde el cuidado incide de forma especial sobre la salud emocional, la independencia y la autoestima de las personas cuidadas.

Con respecto de la vulnerabilidad socioeconómica de las personas cuidadoras y su asociación con un bajo nivel educativo, numerosos estudios han descrito la situación con profundidad: Velásquez et al. 2016; Chaparro et al. Moreno, 2016; y Hernández Quirama, et al., 2019. La conclusión más visible es el deterioro de las condiciones de las personas cuidadoras y la excesiva dificultad de desarrollar en forma autónoma, un proyecto de vida propio bien sea económico, educativo o creativo.

#### **4.3.5 Caracterización, dependencia institucional y perfil de usuarios de servicios actuales**

En el 2021, las personas mayores de 60 años representaban el 13,5% de la población nacional. Se espera que al término del 2050 sean el 21,0% de la población total (ONU Mujeres y DANE, 2020). De acuerdo con las proyecciones poblacionales del Censo Nacional de Población y Vivienda, en Colombia hay 7.107.914 personas mayores, de las cuales, el 77.2%

están ubicadas en cabeceras municipales, mientras que el 22,7 % restante se alberga en el sector rural. Para el año 2021, las personas mayores de 60 años se distribuyeron de este modo: 44,8% de hombres y 55,1% mujeres (Decreto 681 de 2022).

De las personas inscritas en el Registro de localización y caracterización de personas con discapacidad - RLCPD, contratada con los datos del Registro único de afiliados RUAF-y el Módulo de nacimientos y defunciones, se determinó que hay 1.319.049 personas en condición de discapacidad. La población de 60 años o más representa el 38,8% (512.103). De este total de la población mayor, se observa que el 55,8% (285.645) son mujeres mientras que el 44,2% (226.449) son hombres; destacando que la mayor proporción de personas se encuentra en población de 80 años o más (Decreto 681 de 2022).

En términos de dependencia, el 40,7% de la población de 60 años o más presentadificultades para realizar alguna de las AVD, ya sea básicas o instrumentales. Estas última son más complejas, ya que además de relacionarse con su capacidad cognitiva y motriz, implican la interacción con el entorno.

Asimismo, en la última encuesta SABE (Estudio nacional de bienestar, salud y envejecimiento) realizada en el 2015, en la que participaron 23.694 personas mayores en hogares de zonas urbanas y rurales de Colombia, se identificó que el 21,2% de la población se encontraba en situación de dependencia. Esta condición aumenta con la edad en personas de 80 años, siendo más prevalente en las mujeres, las personas de piel oscura y en los estratos más bajos (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2016).

A juzgar por los datos hallados, existe una mayor frecuencia de situaciones de independencia en quienes residen en la zona urbana y en Bogotá. Puntualmente, entre el 3,5% y el 11,9% de las personas adultas mayores necesitaron ayuda para realizar alguna de las AIVD y entre el 2,5% y el 8,7% fueron incapaces de hacerlas. La actividad en la que se presentó mayor dificultad, necesidad de ayuda,

o completa incapacidad para hacerla fue la de usar transporte público. Y, la de mayor porcentaje de éxito fue la de manejar su propio dinero (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2016).

La Encuesta nacional de calidad de vida del año 2019 arrojó la siguiente información: el 74,6% de las personas mayores no requiere cuidado; el 16,8% recibe cuidado de una persona del hogar; el 3,3% por una persona no remunerada proveniente de otro hogar; el 1,3% por una persona remunerada proveniente de otro hogar; y el 4,1% permanece sólo (Decreto 681, 2022).

#### **4.3.6 Sistema Formativo con relación a los Cuidados en Colombia**

En Colombia la educación se imparte en dos modalidades: formal y no formal. La primera se imparte en establecimientos educativos aprobados, en una secuencia regular de ciclos lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas que conducen a obtener grados y títulos. A este tipo pertenecen la educación preescolar, básica primaria y secundaria, media y superior y, está regulado entre otras normas, por la Ley 115 de 1994, la Ley 30 de 1992 y el Decreto 1860 de 1994 (Función Pública, Ley 115, 1994; Decretos 114, 1996 y 3011, 1997).

La educación no formal se imparte con el fin de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar, en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados establecidos para la educación formal y, está regulada por la Ley 115 de 1994 y los Decretos 114 de 1996 y 3011 de 1997 (Función Pública, Ley 115, 1994; Decretos 114, 1996 y 3011, 1997).

El fin de la educación no formal es promocionar el perfeccionamiento de la persona humana, el conocimiento y la reafirmación de los valores nacionales, la capacitación para el desempeño artesanal, artístico, recreacional, ocupacional y técnico, la protección y aprovechamiento de los recursos naturales y la participación ciudadana y comunitaria.

En las instituciones de educación no formal se puede ofrecer programas de formación laboral en artes y oficios, formación académica y en materias conducentes a validar niveles y grados propios de la educación formal.

El Decreto 114 del 15 de enero de 1996 "Por el cual se reglamenta la creación, organización y funcionamiento de programas e instituciones de educación no formal" señala cuales son los tipos de programas que estas instituciones puede ofrecer. Debe tenerse presente que estos programas de educación preparan a las personas en habilidades técnicas y destrezas para realizar un oficio práctico, ofrecen conocimientos teóricos sobre un arte o filosofía, preparan para validar o capacitar para la participación comunitaria (Función Pública, Decreto 114, 1996).

La Ley 30 de 1992, por medio de la cual se organiza el servicio público de la educación superior, señala que son instituciones de educación superior las instituciones técnicas profesionales, las instituciones universitarias o escuelas tecnológicas y las universidades. Para el caso en estudio, es importante señalar que las Instituciones Técnicas Profesionales, como instituciones de educación superior, como su nombre lo indica, capacitan profesionalmente para el ejercicio de un oficio, se concentran en la creación de un hábito, una disposición permanente adquirida mediante la práctica, el desarrollo de unas habilidades que le permitan al sujeto que las recibe, una capacidad de saber hacer, un saber eficaz, una forma y práctica que le permiten construir objetos con eficacia (Senado, Ley 30, 1992).

Así las cosas, las instituciones técnicas profesionales son las instituciones de educación superior, facultadas legalmente para ofrecer programas de formación en ocupaciones de carácter operativo e instrumental y de especialización en su respectivo campo de acción, sin perjuicio de los aspectos humanísticos de este nivel (Ministerio de Educación, 1997).

Los programas académicos de acuerdo con su campo de acción, cuando son ofrecidos por una institución técnica profesional, conducen al título en la ocupación o área correspondiente. Al título siempre se le antepone la denominación "Técnico Profesional en...".

El control, aprobación y registro de los programas que ofrecen y desarrollan las instituciones técnicas profesionales está en cabeza del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

Así las cosas, para las instituciones de educación no formal, la autorización oficial otorgada por la Secretaría de Educación debe señalar los programas autorizados para ser ofrecidos, la intensidad horaria y el tipo de certificado que esta institución puede expedir, como institución de educación no formal (Ministerio de Educación, 1621, artículo 87076, 1997).

En Colombia la formación específica para cuidar personas adultas mayores se ofrece en dos niveles<sup>14</sup>:

**1. Educación informal:** los diplomados, cursos y talleres específicos para los cuidadores y cuidadoras hacen parte de este grupo. Su objetivo es brindar oportunidades para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas. Son cursos cortos cuya duración es inferior a 160 horas, no requieren autorización de las secretarías de educación y conducen a una *constancia de asistencia*. Para efectos del ejercicio de inspección y vigilancia, se debe informar a la secretaría de educación de la entidad territorial certificada, el nombre del curso, su duración y valor. Los pueden ofrecer personas naturales o jurídicas, tanto de derecho público como privado que en su misión institucional tengan realizarlos.

**2. Formación para el trabajo:** a cargo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), y de otras instituciones que forman técnicos laborales para fortalecer el talento humano específico y requerido actualmente en Colombia, para asistir y brindar acompañamiento a las personas adultas mayores en las actividades de la vida diaria (AVD). Estos programas de formación ofrecen diseños curriculares integrales, con desarrollo de competencias como atender las actividades básicas de la vida diaria de la persona adulta mayor asistida; realizar acciones orientadas al mantenimiento y conservación de la salud; promover actividades que fomenten las habilidades sociales y ocupacionales del asistido, según el estilo y condición de vida; dar apoyo espiritual y emocional, respetando el contexto, creencias y valores relacionados. También existe la educación superior, que oferta diferentes programas.

**Educación superior:** la formación superior en gerontología se ofrece en diferentes instituciones de educación superior en los niveles tecnológico, universitario, de especialización y

---

<sup>14</sup> Ver al final del documento tabla 3 de resumen de propuesta formativas en cuidados en Colombia

maestría. Está determinada por la Ley 1276 de 2009 que define los términos relacionados con el perfil profesional de los cuidadores de adultos mayores:

e) Geriátría. Especialidad médica que se encarga del estudio terapéutico, clínico, social y preventivo de la salud y de la enfermedad de los ancianos.

f) Gerontólogo. Modificado por el artículo 1, de la Ley 1655 de 2013. Profesional de la salud especializado en Geriátría, en centros debidamente acreditados, de conformidad con las normas vigentes y que adquieren el conocimiento y las destrezas para el tratamiento de patologías de los adultos mayores, en el área de su conocimiento básico (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, etc.).

g) Gerontología. Ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez, teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales).

La Circular 0028 de 2013 establece un Programa Nacional Técnico en Asistencia Integral a personas mayores y un Programa de Profundización en Asistencia Integral a personas mayores (ICBF, 2013).

Por otra parte, existen programas de formación como técnico laboral en atención integral al adulto mayor; diplomados para cuidadores de adulto mayor; auxiliar en gerontología (cuidador del adulto mayor); diplomados en cuidado integral al adulto mayor; maestría en cuidado de enfermería al adulto mayor; diplomado en gerontología (atención integral al adulto mayor), y cursos como cuidador institucional de personas adultas mayores.

Respecto a la formación de personas cuidadoras, Colombia aún no cuenta con una normativa específica, ni marcos regulatorios para la formación de cuidadores de personas mayores. Los programas de formación que hacen parte de la educación para el trabajo y el desarrollo humano se encuentran definidos en el Decreto 1075 de 2015, en el artículo 2.6.4.1. Allí se mencionan los programas de formación laboral: aquí es necesario que se incluya la formación a las personas cuidadoras, dado que es el nivel donde se reconoce verdaderamente la formación. Eso les permitiría a las personas cuidadoras acceder a oportunidades dignas de trabajo y mejorar sus condiciones.

Actualmente, las instituciones públicas y privadas de educación técnica laboral ofrecen programas de formación en el tema. Además, otras entidades en diferentes ciudades de Colombia ofrecen cursos que profundizan en conocimientos, pero no les permite acceder a ofertas laborales, ni a titulación como formación complementaria, por lo que hacen parte de la educación información

El SENA, un establecimiento público del orden nacional y con autonomía administrativa, adscrito al Ministerio del Trabajo, fue pionero en la formación para el trabajo, nació en 1957, con el objetivo de proporcionar instrucción técnica de formación del empleado, formación complementaria para adultos, y ayudarles a los empleadores y

trabajadores a establecer un sistema nacional de aprendizaje. Empezó con temas como la industria, el comercio, el campo, la minería y la ganadería, pero hoy abarca la mayor parte de las disciplinas.

La infraestructura del SENA le permite llegar a través de diversos medios tecnológicos a todos los sectores de la población en una tarea de gestión de conocimiento, que incluye innovación, formación y empleabilidad.

En el marco del sistema nacional de formación para el trabajo, un ejercicio que el SENA adelanta a cabalidad es la definición de perfiles, competencias y clasificación de las ocupaciones. Para eso reúnen a mesas de expertos y trabajan con diferentes sectores a nivel nacional hasta que se llega a feliz término. También cuentan con un observatorio laboral que les permite llevar control y seguimiento de la cantidad de inscritos, ofertas formativas, empleabilidad, entre otras variables.

El primer curso de formación en cuidados del SENA se ofertó en el 2016. Desde entonces se ha notado un avance significativo en vacantes, inscritos y trabajadores. En el año 2021, hubo más demanda que oferta de cuidadores, la pandemia disparó de forma importante la necesidad de formación de personas cuidadoras.

En cuanto la oferta de formación para personas cuidadoras se ofrecen cuatro cursos: uno de formación continua que en el SENA es llamado educación complementaria; y otro de formación titulada. El tercero es de nivel operario, requiere quinto primaria y tiene una duración máxima en la ejecución de seis meses. Por último, hay una profundización técnica que requiere tener ya el título de técnico y tiene una duración de tres meses.

En el programa técnico, el cuidado de la persona mayor no se oferta en el momento, dado que no ha sido aceptado por el sector productivo. Esto se da, posiblemente, por falta de marcos normativos. Por eso, ese técnico tiene nivel inferior operario en la escala ocupacional; allí se funden tanto el cuidado de la persona mayor como el cuidado de la persona con discapacidad. Se integraron esas competencias para hacerlo mucho más amplio en la incidencia sobre el cuidado de la persona dependiente funcional y de esta manera no se pierde el trabajo avanzado en esa área.

En este momento se está trabajando con un piloto que se espera que sea de impacto nacional, “Yo me cuido y me certifico”, en el que esta consultoría ha participado. Éste tiene como objetivo la certificación de competencias laborales en personas cuidadoras en zonas urbanas y rurales en el territorio colombiano. Se lleva a cabo en departamentos como

Santander, Boyacá, Tolima, Arauca y Bogotá. Se espera que se pueda extender a todo el territorio colombiano. La acreditación de la competencia tiene una vigencia de tres años. No entrega un título, sino que indica que la persona es competente en el cumplimiento del estándar que se ha definido. Las normas sectoriales de competencia laboral son: cuidar personas según los protocolos de actividades básicas y grado de autonomía y atender necesidades de acompañamiento según las preferencias espirituales y emocionales. Estos términos se definieron en mesas sectoriales.

Dada la poca oferta que se tiene en el país de programas técnicos para la formación al trabajo, se revisaron todo tipo de programas, incluidos los informales. Según la información obtenida, en Colombia existen cursos, diplomados, talleres y estudios técnico-laborales en atención integral al adulto mayor de formación para personas cuidadoras ofrecidos por instituciones públicas y privadas, encontrando mayor oferta en ciudades como Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Manizales, Barranquilla y Cartagena. Actualmente, entidades como



la Cruz Roja, cajas de compensación, empresas de medicina prepagada, entidades promotoras de salud (EPS), alcaldías municipales, universidades, fundaciones e instituciones de educación técnica laboral ofertan actividades de formación.

Algunos cursos de alcaldías, cajas de compensación familiar y fundaciones son, gratuitos, pero solo se ofertan por temporadas y no prevalecen en el tiempo. Para los otros cursos, la inversión va desde \$100.000 hasta \$1'192.000. La mayoría son estudios presenciales, seguidos de cursos híbridos y muy pocos virtuales.

Por otro lado, los cursos técnicos deben adherirse al Decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional. El programa debe tener una duración mínima de seiscientas (600) horas. Al menos el cincuenta por ciento (50%) de la duración del programa debe corresponder a formación práctica tanto para programas en la metodología presencial como a distancia. En este orden de ideas, dicho criterio debe asimilarse a la duración del programa del ente regulador como es el SENA y otras instituciones. Por otro lado, su duración es de tres semestres, la mayoría cuenta con prácticas y otorgan una certificación de aptitud ocupacional. Los técnicos varían desde 2'190.000 hasta 3'500.000 aproximadamente por año y en su mayoría tienen prácticas en centros día y centros de larga estadía

Con relación a los requisitos mínimos para acceder a la oferta académica se encuentran: grado de escolaridad: como mínimo se requiere noveno grado, en muchos casos se exige ser bachiller y en muy pocos se toman en cuenta la experiencia que se ha tenido

como cuidadores y cuidadoras. Muy pocos programas son flexibles con los requisitos, sobre todo los impulsados por las alcaldías, secretarías de salud, cajas de compensación y fundaciones; requiriendo únicamente ser mayor de edad, saber leer y escribir, tener bajo sus tareas diarias un adulto mayor para su cuidado y tener voluntad para pertenecer a ellos; en estos casos deben pertenecer a las cajas de compensación. Algunos más exigentes piden que la hoja de vida esté registrada en el Servicio Público de Empleo. Si es de modalidad virtual, se debe tener conocimientos básicos de herramientas informáticas, acceso a internet, un computador y saber navegar en la web.

Se encontraron y analizaron tres programas de formación técnica laboral: Curso de cuidado al adulto mayor del SENA, Técnico laboral en atención integral al adulto mayor por Medellín CENSA (Centro de sistemas de Antioquia) y Cuidado de personas dependientes de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga .

Después se revisaron los diplomados que se ofertan en el país, dentro de los que se encontraron: Diplomado para cuidadores de adulto mayor/presencial de la Cruz Roja Colombiana, seccional Bogotá; Diplomado Cuidado integral al adulto mayor Bucaramanga, La Fundación Albeiro Vargas & Ángeles Custodios y la Congregación Mariana; Diplomado en Gerontología (Atención integral al adulto mayor) de la Cruz Roja Colombiana, seccional Valle del Cauca; Diplomado virtual atención integral al adulto mayor (ATIAM), y el Curso de atención integral al adulto mayor.

No se encontraron grandes diferencias entre los cursos, diplomados y técnicos más allá de la cantidad de horas ofertadas y los costos. La mayoría hace énfasis en los modelos socio sanitarios. Otra prioridad es la de las competencias relacionadas con enfermedades crónicas y síndromes

geriátricos. Muy pocos ofrecen prácticas, y casi no se encontraron ofertas de cursos en modalidades virtuales. Todos utilizan métodos tradicionales de enseñanza y de evaluación: para el primero, el profesor brinda la información y las personas cuidadoras se dedican a escuchar y a tomar apuntes. Usualmente, las evaluaciones se hacen al finalizar los cursos para evidenciar que los estudiantes tuvieron algún tipo de aprendizaje.

Los cursos incluyeron temáticas y contenidos de documentos que sirven de guía, como la Resolución 3280 de 2018 que establece los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud para todas las personas, familias y comunidades, ofreciendo detalles valiosos para formular estrategias de intervención en salud para adultos mayores.

Sin embargo, algunas temáticas que se mencionan en esta resolución no se evidenciaron: por ejemplo, tomar a la familia como unidad de cuidado, una estructura social que se construye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Si bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor son las que estructuran y le brindan cohesión a la institución (Resolución 3280, 2018, p. 79).

En cuanto al cuidado de la vejez, la resolución destaca la educación en varios puntos clave: nutrición, salud sexual, auditiva-comunicativa, bucodental, mental-emocional, social (redes de apoyo), trabajo y vacunación (pp. 141-142). En particular, convoca a los proyectos sobre cuidado para que promuevan el mantenimiento de la propia salud, la identificación

oportuna de factores de riesgo dentro de la familia, la búsqueda de la conservación de las habilidades intelectuales y cognitivas, así como también “la autonomía de las personas adultas mayores a través del entrenamiento cognitivo y emocional, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento del estrés, fortalecimiento de lazos familiares y la promoción de la participación en redes sociales” (p. 205). Para tal fin, la resolución alienta la educación para la salud, siempre que se identifique que la población objetivo necesita comprender y apropiarse ciertas prácticas de cuidado de su salud para evitar mayores riesgos, estrategias didácticas específicas e individualizadas y entrenamiento cognitivo-emocional.

En la revisión también se encontró que Colombia tiene otro documento, el Marco conceptual y metodológico para desarrollar la educación para la salud de las Rutas integrales de atención en salud (RIAS), en donde se mencionan los fundamentos epistemológicos y conceptuales que orientan el proceso de educación para la salud en el marco de las RIAS: las orientaciones pedagógicas; las orientaciones curriculares, y las orientaciones generales del proceso de educación para la salud por tipo de intervención: individual, grupal, colectiva y familiar. Además, de orientaciones didácticas y claves metodológicas. También menciona los enfoques con los cuales se debería orientar una construcción de currículos.

Llaman la atención dos cursos de formación por sus aportes innovadores y el cumplimiento a cabalidad de los documentos antes mencionados. Además, las ofertan dos entidades que han tenido impacto en el país y que han invertido recursos en la investigación y ofrecen ideas inspiradoras: La Fundación Saldarriaga y Concha, y Lazos humanos. La primera nació en 1973 y tiene

el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas en situación con discapacidad y personas mayores. También ha generado labores de investigación, difusión, seguimiento y aportes de nuevo conocimiento para estas poblaciones. Dentro de sus pilares se encuentran la educación y formación, salud y bienestar, incidencia y movilización; para esto trabaja mancomunadamente con otras entidades del país como: Así vamos en salud, para así generar datos, guías y documentos de gran valor para tomar decisiones en el país.

Particularmente y como una oportunidad que les dio la COVID-19, la Fundación lanzó un curso virtual totalmente gratuito llamado “me cuido activo en casa”, que tuvo bastante acogida y se popularizó rápidamente. Fue promovido por el Gobierno Nacional y promocionado por los medios de comunicación como una estrategia de aprendizaje inclusiva.

Esta apuesta se debe principalmente a la necesidad que tienen las personas cuidadoras y los adultos mayores de acceder a la formación y los pocos ingresos que tienen. Fue un trabajo de cooperación con diferentes entidades como la Fundación Luker, la Universidad Autónoma de Manizales, la Universidad Católica de Manizales, el CEDER, Finanzfuturo, CONFA[1] y la Universidad de Caldas, quienes donaron recursos económicos para esta apuesta.

Las investigaciones realizadas por esta fundación sugieren que el cuidado debe ser mucho más comunitario. Debido a la situación del país y los retos que se tienen con la firma de los acuerdos de paz, los programas de formación se deben elaborar en el marco de construcción de paz, teniendo en cuenta los enfoques territoriales de género, de derechos intergeneracionales y el curso de vida.

Los principales contenidos se centran en cuidado y autocuidado, hábitos de vida saludable, resiliencia, salud mental, resolución pacífica de conflicto, memoria y cognición, y actividad física en casa

Por otro lado, Lazos humanos una institución privada pionera que empezó con la formación de personas cuidadoras en el año 2015. Fue una idea de estudiantes de pregrado y maestría, al evidenciar que los cuidadores tenían muchas cargas emocionales. Empezaron siendo contratados por Famisanar [2] para brindar cursos a las personas cuidadoras de adultos mayores que se encontraban afiliados a la caja de compensación, hoy en día hacen parte del grupo Versania.

Tienen los cursos innovadores, gracias a su línea Educa. Con ella ofrecen cursos y talleres en los que participan una gran cantidad de formadores de diferentes disciplinas, como psicólogos, enfermeros, fisioterapeutas, geriatras, médicos internistas y nutricionistas.

Han creado tres recursos: el conocer, el ser, y el hacer. Conocer implica tener claros esos conceptos, el ser es la preocupación por mi autoestima y como desde esa mirada puedo cuidar al otro desde su esencia y el hacer implica que a partir de lo anterior pueda realizar las actividades prácticas y técnicas.

La experiencia les ha mostrado que las personas mayores no se preocupan tanto por saber el orden perfecto de protocolos, lo que más les motiva del cuidado es justamente el ser que tan bien son tratados, respetados y valorados.

Sus metodologías son únicas, dado que, a diferencia de los demás, sus métodos incluyen juegos de roles, aprendizaje de casos, entrenamientos e interacción con las personas mayores, experiencias vivenciales en el aula y fuera de esta.

Se hace énfasis en la toma de decisiones, en el valor que tienen como personas cuidadoras, la organización, planificación y la seguridad que deben tener de ellos mismos primero y luego para brindar cuidado.

Ofrecen cursos especializados para auxiliares de enfermería en temáticas de dependencia y también tienen curso para cuidadores que hasta ahora inician sus currículos. Estos cursos están enfocados en acompañamiento y dependencias leves.

Dado que en Colombia no existe esa reglamentación para que, al salir de los cursos, el estudiante pueda trabajar, la institución les da una certificación privada y desde la caja de compensación familiar los direccionan para que puedan ser acompañantes domiciliarios de adultos mayores que necesitan cuidado.

Manejan en total veinte programas, entre cursos y talleres que se pueden ver por separado, lo que abre las puertas a que se pueda tomar el curso o taller que se desee. Se pueden comprar los paquetes y seleccionar el que más se adapte a los intereses del usuario.

También ofrecen el servicio de formación u oferta cerrada; es decir que una entidad los contrata y les pide cursos específicos.

## **4.4 Revisión de la Situación de la Formación en Cuidados en Costa Rica**

### **4.4.1 Introducción**

A partir del año 2021, Costa Rica establece la Política Nacional de Cuidados (PNC) que rige del 2021 al 2031, bautizada "*Teresita Aguilar Mirabell*" en reconocimiento a una médica, poetisa costarricense y defensora de los derechos de las personas adultas mayores. Esta Política tiene como objetivo la implementación progresiva del Sistema Nacional de Cuidados, la cual busca brindar atención bajo el enfoque de la Atención Centrada en la persona y los derechos humanos a personas en situación de dependencia, entendida en esta política como las personas que necesitan diferentes apoyos y cuidados para realizar actividades de la vida diaria. Se estima que en este país existen 280 mil personas en situación de dependencia, de ellas, más de la mitad son personas adultas mayores.

La implementación de la PNC es un avance significativo en el sistema de protección social y atención de diferentes grupos poblacionales, entre ellos las personas adultas mayores, personas con discapacidad y primera infancia: plantea articular y ejecutar acciones interinstitucionales, presenta nuevas modalidades de atención que combinan el uso de la tecnología, con prestaciones y servicios domiciliarios y teleasistencia. Propone también la producción de estándares de calidad y monitoreo para la implementación de estos servicios, acceso a servicios de respiro a las personas cuidadoras, generación de condiciones para el cierre de brechas de género en el mercado laboral de las mujeres, así como ampliar las opciones de capacitación de las personas cuidadoras y asistentes personales, este último donde nos enfocaremos más ampliamente.

Como ya se mencionó, la implementación del SNC y de la PNC es progresiva, por lo que debemos tomar en consideración que Costa Rica se encuentra en un momento de transición de modelo y organización de lo que ha sido hasta el momento la atención a poblaciones en vulnerabilidad, especialmente socioeconómica, por lo que en los apartados siguientes se tomarán ambos momentos: cómo se han desarrollado hasta el momento la prestación de servicios para personas adultas mayores y cómo se encuentra planteado en la Política pública vigente. La meta país es al 2031 cubrir el 56% total de las personas en situación de dependencia.

Esta política apuesta por alianzas público- privadas desde un enfoque de corresponsabilidad social de los cuidados y busca integrar 10 instituciones públicas en torno a la rectoría del Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, la cual tiene el acompañamiento técnico del IMAS.

Ante el envejecimiento mundial y en caso particular, la transición demográfica y epidemiológica en Costa Rica, existe una innegable demanda de servicios de atención a largo plazo, domiciliarios, entre otros, que lleva a una importante transición en el desarrollo de políticas de bienestar social y a una reconfiguración de los servicios sociales y sanitarios de los países, contemplando también la prevalencia de dependencia funcional debido a una discapacidad, enfermedad crónica o problemas de salud, los ajustes necesarios, la baja en la tasa de mortalidad y natalidad y el cambio en la estructura y tamaño de los hogares

El papel del gobierno en la atención a la dependencia ha sido reforzar esfuerzos institucionales mediante el financiamiento de servicios para adultos mayores y personas con discapacidad, así como diferentes modalidades de prestaciones, hasta concretar en la PNC y en su defecto, del Sistema

Nacional de Cuidados que pronto se detalla, así como las opciones educativas disponibles para las personas que desean capacitarse en cuidados.

#### **4.4.2 Marco Legal vigente en materias de cuidados**

##### **De las Políticas de bienestar social a la Política Nacional de cuidados**

El planteamiento de alternativas para la atención de diferentes poblaciones a través de políticas sociales, han hecho que Costa Rica sea reconocida de manera internacional desde 1963, esto por propiciar el bienestar poblacional en aspectos como acceso a la educación y salud. En la actualidad, Costa Rica sigue enfrentándose a retos de desarrollo social importantes como la pobreza, el desempleo en aumento, la desigualdad de los ingresos, seguridad social, las brechas de género, e incluso educación y salud.

A continuación, se presentarán en orden cronológico, algunas de las políticas y programas que han servido de antecedente para la Política Nacional de Cuidados vigente y para la conformación del SNC. Estas leyes y políticas han ofrecido desde su creación, posibilidades y portillos para el cumplimiento de los derechos de personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia:

- **1996:** *Ley de igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley 7600)*
- **1999:** *Ley integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935)*
- **2016:** *Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad (Ley 9379)*
- **2011:** *Política Nacional en Discapacidad 2011- 2021 (Ley 36524)*
- **2011:** *Política Nacional del Envejecimiento y Vejez 2011- 2021, la cual fue formulada por el CONAPAM*
- **2011:** *Red de Atención Progresiva para el cuidado Integral para la persona mayor (Red de Cuido-Conformación de CONAPAM)*
- **2012:** *Política Nacional de Salud Mental 2012-2022*
- **2014:** *Programa de formación de asistente personal INA.*
- **2014:** *Plan Nacional para Enfermedades de Alzheimer y Demencias relacionadas (2014-2024)*
- **2015:** *Creación de la Casa del Cuidador (ASCADA) de personas con Alzheimer y prevención del burn out.*
- **2016:** *Política Nacional para la atención integral a las personas en situación de abandono y situación de calle 2016-2026*
- **2018:** *Estrategia nacional para el envejecimiento saludable 2018-2020*
- **2021:** *Política Nacional del envejecimiento y vejez (PNEV) 2021- 2031 en la cual CONAPAM- Segunda vicepresidencia de la República, Fondo de población de NNUU*

Es importante mencionar que las políticas formuladas no tienen como eje de acción los servicios de apoyo a la dependencia, sino que poseen una línea estratégica de salud integral, especialmente, para poblaciones en vulnerabilidad socioeconómica y social, o bien, carente de redes de apoyo.

La **Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (N. 7935)** promulgada en 1999 especifica los derechos de las personas mayores y las responsabilidades específicas de diferentes instituciones públicas. Dos pautas importantes de esta ley son la atención integral de la persona adulta mayor y el énfasis en la permanencia de ambientes hogareños que consideren los hábitos, capacidades y preferencias de las personas.

En el 2011 se marca un hito relevante, ya que se da el establecimiento de la Red de Cuido, que permiten la posterior articulación de la **Política Nacional de Cuidados 2021- 2031**, la cual se convierte en la pauta para las acciones que se están realizando a nivel país en relación a los cuidados. Es hasta este momento, que los cuidados forman el eje central de políticas públicas y que se están realizando esfuerzos institucionales para conformar un SNC, el cual aún se encuentra en proceso y en el que interfiere también actores sociales municipales que mencionaremos próximamente.

La Política Nacional de Cuidados es una hoja de ruta para la implementación del Sistema Nacional de Cuidados, el cual representa no solo un cambio significativo en el paradigma de atención a personas en situación de dependencia pasando de un enfoque familiar a una corresponsabilidad social, sino que también propone nuevas modalidades que combinan y complementan los cuidados en el hogar con el uso de tecnologías, teleasistencia, apoyo a las personas cuidadoras y fortalecimiento de la calidad de centros diurnos, todo esto, de forma progresiva. Además, viene a articular y regular la oferta de servicios ofrecidos por diferentes instancias en el país, implementando un nuevo sistema de registro único de beneficiarios. Hasta el momento, los servicios venían funcionando de forma disgregada y con una marcada separación entre los sanitarios y sociales (Jara Matus, 2020) y dentro de los esfuerzos significativos de la política está el establecimiento de estándares de calidad de servicios, consolidación y expansión de la oferta formativa para personas cuidadoras y el **Sistema Nacional de información y registro único de beneficiarios (SINIRUBE)** el cual es un sistema que busca identificar beneficiarios, evaluar y controlar los programas sociales.

Los entes gubernamentales que rigen y garantizan el marco de cumplimiento de derecho de las personas adultas mayores hasta este momento, es el **CONAPAM** y en el caso de las personas con alguna condición de discapacidad es **CONAPDIS**. La **Junta de Protección Social** juega también un papel vital, ya que es una de las fuentes más importantes de financiamiento. La implementación de un Sistema Nacional de Cuidados posiciona la necesidad de establecer una secretaría técnica, la cual se encargue de la coordinación, articulación, monitoreo y dotación de recursos, la cual se proyecta para el Consejo Presidencial Social con la Presidencia ejecutiva del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

Según el ENADIS, el 89% de las personas que cuidan son parte de la familia o amigos que apoyan sin remuneración. El otro porcentaje restante, son personas que ofrecen servicios de atención de forma formal e informal o bien, egresados de carreras de ciencias de la salud como auxiliar de enfermería, asistente de pacientes y más recientemente, asistente de la persona adulta mayor y cuidadores geriátricos, entre otros. Las personas que cuidan son en su mayoría mujeres, por lo que esta política apunta también a mejorar la empleabilidad de las mismas y de sus familias.

La Política Nacional de Cuidados es en sí una propuesta de cambio paradigmático, donde se posicionan los cuidados como derecho humano, reconociendo la vejez como una etapa en el desarrollo humano que requiere atención específica y que esta atención debe ser realizada por personas con

preparación técnica y humana, además de recibir un reconocimiento económico y social por las labores que realizan. Resulta entonces no sólo ser una política de bienestar social sino también de género y laboral, al asumir directamente disminuir las brechas especialmente en mujeres en cuanto al acceso al trabajo, ampliando las opciones de formación para cuidadoras y estableciendo acciones para su inserción laboral y aseguramiento.

Esta política propone la reorganización de los cuidados y apoyos, de manera que las acciones y responsabilidades de las instituciones públicas, el mercado, las familias y las comunidades, sean paulatinamente compartidas... Se asume como premisa que la igualdad efectiva entre hombres y mujeres solo podrá alcanzarse con una reorganización del cuidado, que permita una distribución equitativa de las tareas y una participación efectiva del Estado, el mercado, las familias y las comunidades (PNC, p.108- 109)

Por otro lado, el enfoque de atención integral y atención centrada en la persona se encuentra presente en esta política pública como uno de sus ejes principales, por lo que elaborar una propuesta formativa acorde permitirá armonizar el proyecto político con el proyecto educativo/ formativo y así mejorar directamente la atención brindada: la ACP resalta el fomento autonomía y respeto a la historia de vida de las personas, partiendo de la especificidad de cada una para realizar los ajustes pertinentes de acuerdo con sus realidades, gustos, intereses y necesidades, apostando cada vez más a entornos personalizados y hogareños. Se trata entonces de colocar a la persona como eje central de los servicios, tomados en consideración como agentes activos de sus proyectos de vida y de de los cuidados que recibe; unido a esto, la ACP evidencia también la importancia de los cuidados y autocuidados que requieren las personas que cuidan, los beneficios de la actividad significativa y el acompañamiento de momentos vitales importantes.

Como se menciona claramente en la Política Nacional de Cuidados, el trabajo interinstitucional resulta clave, ya que la ruta establecida para la consolidación del SNC requiere de la articulación de más de 10 instituciones, programas, servicios y prestaciones alrededor de un marco regulatorio común y actualizado.

El Plan Nacional de Desarrollo y de inversión pública (PNDIP) comprende el periodo del 2019- 2022 y es un proyecto de gobierno que apunta hacia un sistema de bienestar fortalecido. Entre sus áreas estratégicas, dos tienen relación directa con los objetivos y alcances de la Política Nacional de Cuidados (PNC): por un lado, se propone mejorar la salud de la población por medio de la ampliación de seguros de enfermedad, maternidad y del seguro de invalidez, vejez y muerte y por otro, apunta a la priorización de pensiones del régimen no contributivo en las personas mayores y así prestar servicios de salud a la población adulta de acuerdo con sus necesidades. En esta línea de pensiones, propone flexibilizar y encontrar portillos para el aseguramiento de personas cuidadoras/ asistentes de personas mayores.

### **Decretos vigentes que regulan estos recursos**

Iniciaremos el análisis desde los convenios internacionales en los cuales Costa Rica se encuentra adherido y que marcan la ruta a seguir para el país, así como la legislación laboral que determina y encuadra la oferta de servicios para las personas en situación de dependencia, específicamente para personas adultas mayores.

### ***Convenios internacionales***



- a) Declaración Universal de los Derechos Humanos, ratificado en CR en 1948
- b) Convención americana de derechos humanos o Pacto de San José
- c) Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer
- d) Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres
- e) Reglas de Brasilia
- f) Plan de Acción internacional de Madrid
- g) Convención interamericana para la protección de los derechos de las personas mayores
- h) Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y las personas mayores

### ***Legislación Nacional***

- a) Constitución Política de Costa Rica
- b) Ley N°9394 Convención interamericana para la protección de derechos humanos de las personas mayores establecida en 2016
- c) Ley integral para la persona adulta mayor conocida como Ley 7935
- d) Ley contra la violencia doméstica: Ley 7586
- e) Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad o Ley 7600
- f) Código de familia
- g) Código penal
- h) Ley 9188 Ley de fortalecimiento del Consejo Nacional de la Persona Adulta mayor
- i) Plan Nacional de desarrollo 2019- 2022
- j) Política Nacional de envejecimiento y vejez
- k) Política Nacional de discapacidad 2011- 2021 (PONADIS)
- l) Plan Nacional para la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas 2014- 2024 presentado por el Ministerio de Salud, CONAPAM y ASCADA
- m) Política Nacional para un envejecimiento saludable, basado en el curso de vida 2017- 2020
- n) Lineamientos para Centros Diurnos de Atención Integral a la Persona Adulta mayor (LS-SI-024) 2021

Como se mencionó, la **Política Nacional de Cuidados 2021- 2031** tiene por objetivo ordenar las acciones del Estado costarricense y que estas se prioricen para la atención mediante el Sistema Nacional de Cuidados. Por su parte el Plan Nacional de Desarrollo y de inversión pública (PNDIP) de Costa Rica para el periodo 2019- 2022 es un proyecto político que busca sostener algunos aspectos importantes para que el país pueda crecer con una economía más sólida, con un crecimiento sostenible, propiciando un sistema de bienestar social cada vez más inclusivo. Planes que recientemente se están implementando y que en unos años se podrá determinar su impacto y posibilidades de mejora.

La Subsecretaría Técnica de Población y Desarrollo liderada por el MIDEPLAN, en el Informe País agrega un consenso en el cual se establecen 42 medidas para ser abordadas por el país. Para efectos de la investigación, nos centraremos en el capítulo C sobre envejecimiento y protección social (PNC, 2021):

*Medida prioritaria 19:* Formular y ejecutar políticas, planes y programas públicos para que consideren la evolución de la estructura por edades. En particular, el envejecimiento de la población y las oportunidades y desafíos asociados a esta evolución en mediano y largo plazo

*Medida prioritaria 20:* Costa Rica se compromete a desarrollar políticas a todo nivel tendientes a garantizar la calidad de vida, el desarrollo de potencialidades y la participación plena de las personas mayores.

*Medida prioritaria 30:* Promover el desarrollo de prestaciones y servicios en seguridad social, salud y educación en los sistemas de protección social destinados a que las personas mayores alcancen calidad de vida, seguridad económica y justicia social.

Como se muestra, diversas líneas de acción del Plan de la política pública del país buscan el fortalecimiento de la salud y los servicios destinados a personas mayores por medio de una red de protección social que garantice la atención integral y digna de personas mayores. Este accionar no solo responde a la demanda actual de servicios, sino que toma en consideración las proyecciones demográficas y las sugerencias de entidades internacionales al plantear que América Latina envejece, además de apuntar a la articulación intersectorial y a la renovación de servicios sociales en Costa Rica. Esta intersectorialidad se ve reflejada en el siguiente diagrama, donde se muestran las diferentes modalidades de servicios y prestaciones y las instituciones que financian o articulan los mismos:



Como se pudo ver anteriormente, en el funcionamiento de los centros diurnos y de larga estancia interfiere instituciones de los sectores sociales y de salud. En el diagrama no está incorporado el Consejo Nacional de Personas con discapacidad (CONAPDIS<sup>15</sup>), ente que ofrece dentro de sus programas transferencias monetarias para asistencia personal, compra de productos de apoyo o para la búsqueda de una alternativa residencial para personas con discapacidad en situación de pobreza, pobreza extrema y/o abandono.

#### 4.4.3. Organización general, principios orientadores y líneas de acción del Sistema Nacional de Cuidados de Costa Rica

Costa Rica actualmente cuenta con una Red Nacional de Cuidados, donde por medio de la articulación de Redes locales en conjunto con el CONAPAM, AGECO, El IMAS, entre otros, hacen llegar diferentes prestaciones y servicios para personas adultas mayores.

En el año 2021 se establece la Política Nacional de Cuidados (PNC) que rige del 2021 al 2031, y es bautizada “*Teresita Aguilar Mirabell*” en reconocimiento a una médica, poetisa costarricense y defensora de los derechos de las personas adultas mayores. Esta Política tiene como objetivo la implementación progresiva del Sistema Nacional de Cuidados, la cual busca brindar atención bajo el enfoque de la Atención Centrada en la persona y los derechos humanos a personas en situación de dependencia, entendida en esta política como las personas que necesitan diferentes apoyos y cuidados para realizar actividades de la vida diaria. Se estima que en este país existen 280 mil personas en situación de dependencia, de ellas, más de la mitad son personas adultas mayores.

La implementación de la PNC es un avance significativo en el sistema de protección social y atención de diferentes grupos poblacionales, entre ellos las personas adultas mayores, personas con discapacidad y primera infancia: plantea articular y ejecutar acciones interinstitucionales, presenta nuevas modalidades de atención que combinan el uso de la tecnología, con prestaciones y servicios domiciliarios y teleasistencia. Propone también la producción de estándares de calidad y monitoreo para la

<sup>15</sup> Para conocer sobre CONAPDIS: <https://conapdis.go.cr/tramites-y-servicios/transferenciasmonetarias/>

implementación de estos servicios, acceso a servicios de respiro a las personas cuidadoras, generación de condiciones para el cierre de brechas de género en el mercado laboral de las mujeres, así como ampliar las opciones de capacitación de las personas cuidadoras y asistentes personales.

La meta país propuesta en la PNC, es al 2031 cubrir el 56% total de las personas en situación de dependencia. Esta política apuesta por alianzas público- privadas desde un enfoque de corresponsabilidad social de los cuidados y busca integrar 10 instituciones públicas en torno a la rectoría del Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, la cual tiene el acompañamiento técnico del IMAS. La implementación de un SNC es por tanto, una reestructuración no sólo de servicios y prestaciones, sino también de las instituciones y su intervención:

Este sistema supone replantear las estructuras de protección social actualmente conocidas para Costa Rica (PNC, 2021)

Tomando en consideración que el país se encuentra en un momento de transición de modelo de lo que ha sido hasta el momento la atención a diferentes poblaciones en vulnerabilidad, la PNC resulta además, ser el marco orientador del SNC donde se establece un Estado de la Situación y una guía a tomar en consideración para la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia.

Dentro del Plan de Acción del PNC 2021– 2023 se contempla como objetivo uno la conformación al 100% del Sistema de apoyos a los cuidados y atención a la dependencia y posteriormente como objetivo dos, la dotación de financiamiento para la ejecución de los servicios y prestaciones. Para llegar a estos objetivos están establecidas también una serie de acciones, como por ejemplo, la elaboración del reglamento operativo vía Decreto Ejecutivo que establezca en detalle la población objetivo del SNC, así como las competencias institucionales involucradas, la ejecución de acciones estratégicas derivadas de los planteamientos de la PNC para desarrollar como parte del SNC planes, proyectos y programas entre las instituciones que conforman el sistema, designación de presupuesto base de cada una de las instituciones que integran el sistema, entre otras.

Al momento de concluida esta investigación se desconoce el avance de estas acciones, sin embargo, el día 12 de octubre 2022 AGECO (Asociación Gerontológica Costarricense) realizó una nota<sup>16</sup> de prensa donde expresa su preocupación por la suspensión de aproximadamente el 40% de los fondos a la misma por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), los cuales son usados para el desarrollo de programas para personas adultas mayores en todo el territorio nacional.

Volviendo a la PNC, los Ejes Estratégicos planteados giran entorno al SNC ya que se establece la Gobernanza del SNC, Inteligencias de datos, fortalecimiento de la oferta de servicios y prestaciones para la atención a la dependencia, así como contribuir a la generación de condiciones para el cierre de brechas de género, especialmente de las mujeres y un Sistema de aseguramiento de la calidad del SNC.

Como la PNC es una respuesta a las transformaciones demográficas, sociales y económicas actuales y proyectadas a futuro, esta cuenta con los principios de universalidad e igualdad y tiene, dentro de sus enfoques los siguientes: Derechos humanos, corresponsabilidad de los cuidados, igualdad de

---

<sup>16</sup> Ver nota completa: <https://ageco.org/personas-adultas-mayores-afectadas-por-suspension-de-fondos-a-ageco/>

género, desarrollo sostenible e inclusivo, **atención centrada en la persona**, participación ciudadana y calidad, los cuales son también considerados dentro de la propuesta educativa aquí planteada.

#### **4.4.4. Caracterización, dependencia institucional y perfil de usuarios de servicios actuales y emergentes donde se articula el sistema de cuidados nacional.**

##### **De la Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Adultas mayores en Costa Rica a el Sistema Nacional de Cuidados**

En el año 2011 se establece la Red de Atención Progresiva para el cuidado integral de las personas mayores, conocida también como Red de Cuido, la cual se encuentra trabajando en distintos municipios y territorios a nivel nacional desde sus inicios. Es una estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, articuladas por acciones, intereses y programas en procura de garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de necesidades de personas adultas mayores del país. Tiene como objetivo articular y fortalecer la estructura social para el desarrollo e implementación de acciones que garanticen la respuesta integral a las necesidades de las personas mayores, con especial énfasis en aquellos que se encuentran en riesgo social.

Las Redes de Cuido locales son esenciales, ya que tienen la posibilidad de levantar un mapeo de las personas adultas mayores de su comunidad, sus condiciones de vida, apoyos requeridos. Este accionar territorial abre las puertas para que desde las comunidades organicen las diferentes prestaciones pertinentes a adultos mayores, la contextualización de los programas sociales y en cierta medida, establece un monitoreo (no siempre sistematizado) de necesidades de la población mencionada y los recursos disponibles.

Al momento, los financiamientos para estas prestaciones son suministrados por el CONAPAM y CONAPDIS, que, a su vez, cuentan con el financiamiento de la Junta de Protección social, ejecutado por organizaciones sin fines de lucro certificadas como Instituciones de Bienestar social. Para lograr esta certificación, deben contar con una personalidad jurídica vigente y personal contratado formalmente. Posteriormente, el CONAPAM realiza inspecciones de revisión en el campo. Desde el 2017 CONAPAM menciona en sus informes que no cuenta con formas operativas y legales para intervenir en caso de encontrar anomalías y que cuenta con recursos reducidos para brindar seguimiento y evaluación a los centros.

En cuanto a la modalidad de atención directa, la Red de Cuido ofrece como alternativas al cuidado: familia solidaria, artículos del cuidado personal e higiene, alimentación, promoción y prevención de la salud, atención en salud, medicamentos, ayudas técnicas, mejoras habitaciones de hogares de larga estancia, Hogares comunitarios, Vivienda comunitaria, transporte, Centro Diurno, hogar de larga estancia, asistente domiciliar y servicios básicos.

Además de la oferta limitada de cuidados formales en el país, estas ofertas se encuentran segregadas y con coberturas limitadas, cuya población objetivo no son valorados desde su condición de dependencia y requerimiento de apoyos, sino en relación con pobreza y pobreza extrema.

En Costa Rica, la oferta de servicios de atención a la dependencia se caracteriza por la existencia de programas fragmentados y orientados a atender a poblaciones específicas en situación de pobreza o pobreza extrema. En este marco, para atender a poblaciones específicas, requiere

organizar un nuevo modelo que articule todas estas ofertas y que pueda implementar nuevos servicios, según las necesidades presentes y proyecciones futuras y sin limitar los apoyos a la situación socioeconómica de las personas, sino a la severidad de su dependencia. (Política Nacional de Cuidados, 2021)

La Política Nacional de Cuidados es la primera política gubernamental específica que tiene como objetivo central la atención a la población en situación de dependencia. Para lograr esto, se basa en la corresponsabilidad entre la sociedad civil y el Estado, utilizando las capacidades locales instauradas anteriormente por la Red de Cuido. La perspectiva de Derechos Humanos aporta el planteamiento de una atención integral y oportuna para la población adulta mayor.

El Sistema Nacional de Cuidados es producido y coordinado por el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social y está conformado por diferentes Comités Interinstitucionales, los cuales dan seguimiento a áreas determinadas, las cuales se detallan a continuación:



*Gráfico: Sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia. Elaboración propia a partir de la información de la PNC.*

Importante aclarar nuevamente que esta es la manera que se propone desde la Política y su puesta en práctica durante los próximos años. Conforme se vaya consolidando el sistema, se espera que se realicen los ajustes pertinentes y que los Comités interinstitucionales funcionen como una red interconectada.

Hay que señalar también que tanto los Comité Interinstitucionales como los encargados de la evaluación y seguimiento del Sistema Nacional de Cuidados, son entidades de carácter nacional, con personal contratado por el Estado, mientras que la Red de Cuido tiene un carácter de articulación territorial donde interfieren los gobiernos locales, sedes regionales de instituciones y líderes y lideresas comunitarias.

En el documento *Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica* (2020), los autores realizan una caracterización de la oferta de servicios entregados como alternativas para el cuidado de personas mayores en el país, especificando que esta oferta incluye:

centros diurnos de atención integral para personas mayores; hogares de larga estancia; subsidio para contar con un asistente personal en domicilio; alternativa de reubicación de las personas mayores en una familia solidaria; hogares comunitarios que ofrecen alternativa de residencia temporal y persona cuidadora a grupos de personas mayores; viviendas comunitarias en modalidad de albergue; apoyos para la mejora de infraestructura y equipamiento de la vivienda (materiales de apoyo) o acciones locales de apoyo a la promoción y la prevención en salud (Jara et al., 2020)

Antes de la consolidación de la PNC, en Costa Rica no se manejaba el concepto de dependencia como determinante para los apoyos, programas y prestaciones sociales. Tampoco había un marco normativo que organice los servicios de apoyo al cuidado de personas mayores, por consiguiente, los servicios se encuentran desagregados. Para ejemplificar esto, a continuación se presentan los que se ofrecen actualmente de base domiciliaria como atención residencial:

#### **Servicios de base domiciliaria:**

- **Centros diurnos:** establecimientos de atención de día para personas adultas mayores independientes, que no requieran apoyos o bien, muy pocos. Estos centros ofrecen servicios de alimentación, actividades recreativas y ocupacionales y de estimulación mental y física. Tienen un abordaje más social y preventivo que clínico.
- **Asistentes personales:** apoyos ofrecidos por una persona denominada asistente personal a una persona que haya calificado como receptora de esta asistencia para realizar actividades de la vida diaria. Realizan el cuidado de personas adultas mayores no institucionalizadas sino que conservando su núcleo familiar y contexto comunitario: “la persona receptora de dicha asistencia recibe mensualmente de CONAPDIS una transferencia monetaria con lo que paga a su asistente personal” (Política Nacional de Cuidados, 2021)
- **Teleasistencia:** orientación profesional especializada que se accede de forma remota y apoyo telemático mediante una llamada o presionando un botón. Este servicio se puede acceder en cualquier momento y lugar y actúa como un sistema de monitoreo de la dependencia y prevención de accidentes domésticos. Este es uno de los innovadores de la política y se espera que traiga grandes beneficios para personas en situación de dependencia como para sus familiares, promoviendo la coordinación con la CCSS para la oferta de telesalud y teleasistencia. También se apunta como un servicio que puede ser útil en casos de incertidumbre, soledad no deseada o en caso de accidente o emergencia, así como también un complemento de otros servicios o prestaciones para personas en situación de dependencia (PNC, 2021)
- **Red de Cuido:** Conocida también como la Red de Atención Progresiva para el cuidado integral de la persona mayor y fue establecida en el año 2011. Es una Red conformada por actores locales diversos con perfiles que varían en cada territorio, pero que tienen en común el liderazgo comunitario, tanto en organizaciones comunitarias como representantes de

empresas y de instituciones y tiene como finalidad de garantizar un cuidado y atención de necesidades de personas adultas mayores. Esta Red valora si una persona cumple con los requisitos para acceder a la oferta de servicios que se brindan por parte del Estado. Es importante mencionar en este aspecto, que la valoración que realiza se realiza bajo criterios de pobreza, vulnerabilidad y carencia o limitadas redes de apoyo familiar y no necesariamente por requerimientos de apoyos o nivel de dependencia. Dentro de las alternativas que componen esta modalidad se encuentran: subsidio para alimentación, artículos de cuidado personal e higiene, medicamentos o implementos de salud, atención social en salud integral, productos de apoyo, equipamiento de la casa, alquiler de vivienda y servicios básicos, familias solidarias, hogares comunitarios, institucionalización (subsidio temporal para la reubicación de la persona adulta mayor) y mejoras habitacionales.

### **Servicios de atención residencial**

- **Residencia de larga estancia (Hogares y Albergues):** Establecimientos donde se brinda atención integral de forma permanente, incluyendo los servicios de dormitorio. Está destinado a personas en situación de dependencia que requieran apoyos o bien, personas mayores en vulnerabilidad social, situación de calle o abandono. Los centros de larga estancia incluyen servicios más propiamente sanitarios, como hospitalizaciones de fin de vida y cuidados paliativos.

### **Servicios emergentes: Servicios privados para PAMS y la respuesta municipal para las personas mayores**

El cuidado del adulto mayor es también un mercado creciente en el país. En los últimos años, ha habido un aumento significativo de centros privados con personal especializado en cuidados a esta población. Los servicios son muy variados y dependen de la capacidad de pago de los usuarios y sus familias. Estas ofertas se encuentran mayoritariamente dentro de la Gran área metropolitana y muchos de estos, cuentan con sedes en diferentes partes del país. En su mayoría, ofrecen una valoración integral previa y gratuita a la persona mayor y un acompañamiento para la familia.

Dentro de los servicios que se pueden encontrar están: acompañamiento con apoyo doméstico, asistencia de pacientes, asistencia y cuidado en el hogar, cuidados post- operatorios, enfermería, planes personalizados de comidas y apoyos, entre otros, en modalidad de centros de día, atención en el domicilio y residencias (hotel y apartamentos). Todo esto en edificios modernos pensados para personas adultas mayores, con áreas comunes, jardines y diferentes modalidades de habitaciones.

Algunas de estas empresas cuentan con otras divisiones corporativas, por lo que ofrecen a sus usuarios una gama mucho más extendida como servicios médicos adicionales para la familia (odontología, nutrición, exámenes de laboratorio...), Nana Babysitting, veterinaria y cuidado a domicilio de mascotas, entre otros, ya que la lista es diversa y amplia.

Dentro de las profesiones más comunes en estos centros podemos encontrar: terapia de lenguaje, terapia física, terapia ocupacional, psicología, enfermería, nutrición, medicina y asistente de pacientes.

Por otro lado, encontramos la **respuesta municipal para las vejeces** y el compromiso que han adquirido en ser comunidades más inclusivas para todas y todos.



En el año 2019, los cantones de Cartago, El Guarco, Curridabat, Montes de Oca, Tibás, Mora, Heredia, Flores, Dota, Grecia, Zarcero y Belén se unieron a más de 1000 ciudades en todo el mundo que promueven ambientes facilitadores y de apoyo a personas adultas mayores, formando parte de la Red Mundial de Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores de la Organización Mundial de la Salud. Tomaremos entonces como referencia, el ejemplo de 3 municipios:

- *Centro Municipal de envejecimiento activo: Këkëpa Wé*<sup>17</sup>

Centro municipal enfocado en el envejecimiento activo, inaugurado por la Municipalidad de Curridabat el 01 octubre de 2021, bajo el marco de la celebración del día de la Persona adulta mayor. Este centro se encuentra ubicado en Granadilla Norte de Curridabat. Ofrece espacios de aprendizaje, recreación e intercambio para la promoción de una vida activa y plena para personas mayores de 40 años. El centro que trabaja bajo la modalidad de estancia diurna cuenta con salón multiusos, aulas, sala de estancia, cocina y un área de atención social, psicológica y de medicina entre otros.

- *Centro de envejecimiento activo Mercedes Norte*<sup>18</sup>:

Dentro de los programas sociales de la Municipalidad de Heredia se encuentran 3 Centros de envejecimiento activo, entre ellos el mencionado anteriormente. En estos 350 metros cuadrados de construcción, se ubican salas de estimulación, salas para clases de cocina, arte e informática, salón multiuso y enfermería. Este municipio espera prontamente construir otros tres centros municipales para la promoción de derechos de las personas mayores.

- *Política de Envejecimiento y vejez del Cantón del Guarco y Centro Diurno El Tejar*<sup>19</sup>

El Cantón del Guarco no sólo tienen un estado situación de la persona adulta mayor de su cantón, sino que cuenta también con una Política propia de envejecimiento y el Centro Diurno El Guarco, el cual es un referente nacional por la innovación de sus programas gerontológicos desde el 2011, año que abrió sus puertas. Dentro de los servicios ofrecidos en el centro diurno están: Centro de día (presencial y virtual), Envejecimiento saludable, Clínica de la memoria y estimulación cognitiva, Radio podcast del Centro Diurno, Telemayor.

La Política de envejecimiento del cantón del Guarco por su lado, rige desde el año 2020- 2030. El objetivo principal de esta política es propiciar que los habitantes del cantón alcancen una vejez digna. Dentro de las líneas estratégicas de esta política podemos encontrar: Información, educación y comunicación de los derechos y deberes de las personas mayores, apoyo y fortalecimiento de las redes familiares, promoción asistencia social y vivienda, promoción de la salud en el transcurso de la vida, salud y nutrición, prevención y atención de emergencias y desastres, creación de espacios y entornos saludables, fomento de la actividad física, educación, cultura, recreación y deporte. También contempla la adaptación de la ciudad y la comunidad al envejecimiento.

<sup>17</sup> Municipalidad de Curridabat: Centro Municipal de envejecimiento activo <https://www.curridabat.go.cr/inicio/proyectos/>

<sup>18</sup> Centro de envejecimiento activo Mercedes Norte <https://www.heredia.go.cr/es/bienestar-social/galerias/gestion-municipal/centro-de-envejecimiento-activo-de-mercedes-norte>

<sup>19</sup> Centro Diurno El Tejar: <https://www.centrodiurnodeeltejar.org/>

Esta política cuenta con su plan de acción anual y un instrumento que rige como sistema de monitoreo y evaluación para la misma.

- *Ciudades y comunidades amigables con las personas adultas mayores* fue un proceso de capacitación donde participaron 22 municipios de distintos lugares del país, durante 5 meses. El objetivo de este encuentro fue aportar a los esfuerzos que se encuentran realizando las municipalidades en cuanto a la atención de las personas adultas mayores, ampliando los objetivos que hasta el momento se habían trabajado en torno a las vejezes y asociándolo al tema del urbanismo y a los servicios ofrecidos por las municipalidades. Este proceso contó con el apoyo de La Fundación Yamunitabush, Ministerio de Salud, IFAM, entre otros. Para finalizar, se realizó un concurso de Innovación Urbana para crear ciudades amigables con PAMs, resultando ganadores las Municipalidades de Belén, Alajuela y Zarcero, y se les asignaron \$10.000 a cada una para invertir en la adaptación de espacios públicos con enfoque para personas adultas mayores en los parques de sus comunidades donde se realizarán intervenciones para adecuar los espacios con el fin de que se puedan realizar ferias, presentaciones artísticas y culturales, deporte y recreación. Esta Fundación también ofrece programas de formación para cuidadores y cuidadoras.

#### **Servicios y prestaciones de la Política Nacional de Cuidados (2021)**

Se contempla la Política Nacional de Cuidados como una propuesta emergente, ya que recién inicia su etapa de implementación. Dentro de la PNC 2021- 2031 se establecen los servicios y prestaciones que buscan fortalecer y expandir con el Sistema de Apoyo a los cuidados y atención a la Dependencia. A continuación, se visualizarán los diferentes aspectos propuestos:

## **Servicios y prestaciones**

### **Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia**

#### **Teleasistencia**

Sistema de monitoreo de la dependencia y prevención de accidentes domésticos. Dirigida a todas las personas dependientes graves, más del 70% de las demencias moderadas.

#### **Centros de atención diurna**

Atención de día a personas dependientes que residen en sus hogares.

#### **Servicios de respiro**

Atención a las personas cuidadoras que requieren espacios de respiro para consultas, apoyos, ocio y esparcimiento.

#### **Asistencia domiciliaria**

Servicio de atención en el domicilio para cuidados de personas dependientes por 80 horas mensuales.

#### **Centros residenciales**

Atención residencial de larga estancia a personas que actualmente se encuentran institucionalizados.

#### **Transferencia por cuidados**

Transferencia monetaria que reconozca el trabajo no remunerado de mujeres, en pobreza extrema, cuidadoras de personas dependientes, que no se encuentran vinculadas en el mercado laboral.

*Gráfico: Servicios y prestaciones PNC, 2021. Elaborado a partir de la Política Nacional de Cuidados 2021- 2031*

Los servicios y prestaciones mostradas en el gráfico anterior corresponden a los establecidos en la PNC, por lo que su implementación es gradual y algunas de ellas son nuevas propuestas. La Política contempla, además, la cuantificación de los servicios, organizaciones que los brindan y la cantidad de personas beneficiarias.

Establecer un número de organizaciones prestadoras de servicios para personas adultas, se puede lograr por medio de la cuantificación de los subsidios entregados por CONAPAM cada año. Esta institución entregó en el último tiempo a 144 organizaciones, subsidios para atender adultos mayores a través de las redes de atención en el domicilio, residencias (CLE) y centros diurnos.

Este subsidio de CONAPAM que reciben las organizaciones que prestan servicios a personas adultas mayores, no es suficiente para cubrir por completo los gastos de estos establecimientos, por lo que dichas organizaciones deben gestionar otros recursos adicionales, donantes y generar recursos propios. Es necesario visibilizar también, el gran aporte que el trabajo voluntario aporta a estas instituciones y que es de gran valor.

Por otro lado, en el país hay un creciente mercado privado de servicios de atención para población de altos ingresos, especialmente extranjeros, los cuales forman parte de la conocida Economía Plateada, posicionando a Costa Rica como un lugar para que personas mayores de todo el mundo, especialmente

estadounidenses y europeos, gocen de servicios de atención en edificios de lujo, llenos de comodidades, áreas comunes, instalaciones de lujo, asistencia 24 horas, spa, piscina y una oferta de actividades sociales y culturales. Estas opciones contemplan modalidades de residencias permanentes, servicios de recuperación de operaciones o bien, la atención durante algunos días u horas de la semana.

Para tener un mejor panorama de los cuidados a personas mayores se debe incluir los cuidados que se dan en el hogar por cuidadores y cuidadoras familiares, pero dado que las personas que realizan estas labores generalmente no reciben pago por sus funciones y acompañamiento.

#### **4.4.5 Características de personas usuarias y trabajadoras de los diferentes recursos**

##### **Las personas mayores en Costa Rica**

La transición demográfica es un reto que enfrenta Costa Rica, así como otros países en Latinoamérica. enfrenta como muchos países en Latinoamérica el reto de un envejecimiento de la población. En esta transición interfieren muchos factores tales como el aumento en el tiempo de vida de las personas, la baja en la mortalidad infantil y el cambio en la estructura nuclear de las familias costarricenses. Se estima que Costa Rica se convertirá en uno de los países más envejecidos de la región en las próximas tres décadas. La disminución sostenida de la mortalidad infantil y la acelerada baja de los niveles de fecundidad han interferido también en el envejecimiento de la población.

De acuerdo con Naciones Unidas, el porcentaje de adultos mayores en Costa Rica durante el 2050 será el 31% de la población. Unido a esto, el Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia (2020) establece que el porcentaje de personas con dependencia que tienen sesenta años y más aumentará de 46% en el 2018 a 62% en 2050.

Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos, en el año 2020 habitan en Costa Rica 453.078 personas adultas, es decir, el 8,9% del total de la población. (PNC. p. 60) y la esperanza de vida en el país llega actualmente a un promedio de 80.35 años, siendo 77, 8 años para los hombres y 82,9 años para las mujeres, según datos del INEC, 2018. Otras investigaciones como la de Matus- López (2019) mencionan que la población adulta mayor es mayoritariamente femenina y esta característica prevalece con mayor fuerza a partir de los 65 años. Lo mismo ocurre si analizamos la población en situación de dependencia donde el 54% del total son mujeres y el 44% son hombres.

Estas personas mayores habitan mayoritariamente en zonas urbanas, como el promedio de la población del país, sin embargo, los servicios de cuidado públicos y privados se encuentran en su mayoría dentro de la Gran Área Metropolitana (GAM).

En cuanto a las condiciones de vida, existe un aumento en las personas mayores que viven solas, al tiempo que las familias han reducido su tamaño, por lo que cada vez hay menor disponibilidad de cuidados en el entorno familiar. Unido a esto, la incorporación de las mujeres a oportunidades educativas y laborales ha llevado a un aumento en la inserción laboral de las mujeres, las cuales históricamente han llevado a cabo labores de cuidado.

Como menciona CEPAL, 2017: *“desde esta perspectiva, mientras las tareas del cuidado sean exclusivamente una responsabilidad de las familias, la pérdida de capacidad relativa para cuidar agudizará la vulnerabilidad tanto de las personas necesitadas de cuidado como de las que lo brindan, dada la desigual distribución del cuidado dentro de las familias”*. La situación anteriormente descrita es la que ha llevado a

la continuación de la pobreza y vulnerabilidad social de muchas familias costarricenses y especialmente, las que cuentan con jefas de hogar.

Por otro lado, la PNC 2021- 2031 estima que el 14,45% de la población adulta mayor no vive con familiares que puedan cuidarlos, por lo que la atención y cuidados a personas mayores se vuelve un hecho prioritario y cada vez más en aumento.

Continuando con el perfil socioeducativo y condiciones económicas de las personas mayores, se estima que una de cada cinco personas mayores terminó los estudios secundarios y el INEC (2020) indica que el 22.9% del total de personas mayores está en situación de pobreza. El 2,4% de estas personas no cuentan con aseguramiento en ninguna de sus modalidades, situaciones que los vulnerabilizan y los vuelve propensos al desmejoramiento de las condiciones de salud y envejecimiento en general.

La situación detallada anteriormente, nos lleva a comprender la enorme necesidad de proveer un sistema nacional de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia que asegure y facilite la protección social que se requiera para envejecer con cuidados. Esto plantea una cantidad de desafíos, no solo en la satisfacción de la demanda de servicios sociales, sino que también en políticas públicas que garanticen la protección social y el derecho a la vida digna en diferentes etapas de la vida.

Volviendo a las personas mayores, seis de cada 10 adultos mayores son jefatura de hogar y tienen otras personas a su cargo. 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 años.

La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2017) demuestra que las mujeres destinan el 65% del tiempo social promedio al cuidado y apoyo de miembros del hogar, mientras que los hombres lo hacen en un 35%. La Política Nacional de Cuidados (2021, p.23) menciona además que la división del tiempo social promedio dedicado al cuidado de personas totalmente dependientes es de 19,6% para hombres y el 80% para mujeres.

El perfil de salud también ha variado, imponiendo retos sustantivos en la atención a la dependencia, como por ejemplo y según los datos ENADIS (2018) la población de 65 años y más padece un 59, 7% de presión alta, el 28% tiene azúcar en la sangre, el 16,1% sobrelleva alguna enfermedad del corazón, mientras que el 13% tienen enfermedades crónicas respiratorias crónicas como bronquitis, enfisema, asma y otras y, por último, el 9,5% del total de adultos mayores en Costa Rica padece de cáncer.

Encontramos también como la pérdida de la agudeza visual es una condición presente en la población adulta mayor, donde la proporción de población entre 60 y 69 años presenta una disminución del 31% de su agudeza. Porcentaje que aumenta al 34% entre los 70 y 79 años, llegando al 45% en el grupo de 80 años y más (Aranco et.al.,2018). Medellín (2020) menciona también que cinco de cada diez personas con dependencia en el rango de edad entre 19 y 59 años también enfrentan discapacidad o enfermedades crónicas. La relación entre la edad y los agravantes de salud asociados es aclarada por la OMS de la siguiente manera:

El envejecimiento es un proceso que frecuentemente se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades múltiples, algunas de ellas crónicas. La vejez no es sinónimo de enfermedad, sin

embargo, el envejecimiento trae consigo una disminución progresiva de capacidades físicas y mentales y también mayor probabilidad de desarrollar enfermedades (OMS, 2015)

Dentro de los principales padecimientos actuales y causas de dependencia en el país se encuentran las enfermedades como: hipertensión, diabetes, artritis, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas como el Alzheimer y el cáncer. Unido a esto, se espera un aumento en las personas adultas con dependencia funcional en las próximas décadas. El INEC (2020) demuestra que el 18% de la población adulta en Costa Rica enfrenta una situación de discapacidad y que 8 de cada 10 casos, se trata de un grado de discapacidad severo, por lo que los servicios y apoyos se vuelven necesarios y urgentes.

Como se ha mencionado en otras ocasiones, hasta la PNC 2021- 2031 se integra a los programas y políticas del país el criterio de dependencia, por lo que hasta el momento mucha información al respecto se encuentra de forma segmentada y no se cuenta con un instrumento para evaluar la dependencia y el nivel de los apoyos y servicios requeridos. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) en el año 2019 empieza a incorporar a sus instrumentos preguntas relacionadas con salud, condiciones de vida y discapacidad. Estas siete preguntas se basan en una evaluación sensorial de la persona, donde los entrevistados respondieron en torno a las dificultades en las siguientes áreas: ver, oír, hablar, caminar o subir gradas, utilizar brazos y manos, de tipo intelectual (compromiso cognitivo, síndrome de down, otros), de tipo mental (bipolar, esquizofrenia, otros), permitiendo dimensionar la situación país en torno a dependencia. Las respuestas a estas interrogantes arrojaron que el 6% de la población tiene al menos una limitación en actividades básicas de la vida diaria (ABVD), lo que quiere decir que son aproximadamente 280mil personas. Es importante mencionar en este punto que no toda persona con discapacidad ni adulto mayor es una persona dependiente, como es el caso de las personas sordas, sin embargo, sí permite visualizar que tanto la población con discapacidad como personas adultas pueden llegar a requerir modificaciones, ajustes razonables y/o servicios en algún momento para asegurar su autonomía, participación y el cumplimiento de derechos fundamentales.

Otros datos arrojados fue que la población en situación de dependencia es de 54% mujeres y 44% son hombres, en tanto, las mujeres viven más años y suelen requerir más servicios de cuidados.

Por otro lado, el acceso a la seguridad social en esta población se considera un factor protector como de riesgo, ya que el no poseer seguro es un agravante a la condición de vulnerabilidad que se enfrenta en la vejez. El INEC (2020) estima que el 22% de las personas mayores se encuentran en situación de pobreza y el 4% no cuenta con ninguna modalidad de aseguramiento.

A partir de la información relevada en la Política Nacional de Cuidados 2021- 2031 podemos conocer que la modalidad de Red de Cuido es la que tiene mayor alcance en cuanto a personas mayores atendidas y extensión territorial, contemplando dentro de esta Red, las 14 modalidades que la misma ofrece. Estos servicios y prestaciones de base domiciliaria han venido en aumento de cobertura en los últimos años, por lo que el financiamiento para su sostenibilidad es vital. En cuanto a la cantidad de prestaciones brindadas desde la Red de cuidado por provincia, Puntarenas, Alajuela y San José, en orden respectivamente, son los cantones con más prestaciones registradas durante el año 2019. (PNC, p.74)

El acceso a un trabajo digno y a garantías sociales se hace urgente para las personas adultas, especialmente para personas que realizan labores de cuidado de diferentes poblaciones, esto, porque

según los datos arrojados, son las que más cuidan y no siempre tienen acceso a seguridad social. Aspecto que se abordará en el siguiente apartado.

Establecer un sistema de cuidados personalizado y a la vez integral es el reto que se muestra. Estamos ante un grupo poblacional heterogéneo, con niveles educativos variables, ubicados en distintas zonas del país, con condiciones de salud específicas y sobre todo, con diferentes maneras de envejecer. El desempleo y la falta de aseguramiento, el porcentaje de personas en condición de pobreza y las enfermedades crónicas, así como también la necesidad de un sistema integrado de cuidados son algunas de las interrogantes que se presentan y la Atención centrada en la persona apunta dentro de la PNC, a ser el hilo conductor de todas estas variables.

### **Perfil de quienes cuidan personas mayores**

En Costa Rica, siete casos de cada diez, el cuidado está a cargo de una mujer y 9 de cada 10 de estas mujeres no recibe ninguna remuneración por el cuidado (INEC- CONAPDIS, 2019), entendido de otra manera, las labores de cuidado las realizan mayoritariamente mujeres en los hogares y no reciben pago ni ninguna contribución por su trabajo. El 70% son mujeres y casi la mitad de estas son parejas o familiares de las personas dependientes y el 25% de los casos son hijas.

Unido a esto, las cuidadoras son un grupo poblacional que ha estado en riesgo no solo económico sino también en cuanto al acceso al bienestar social, acceso a la salud, educación, trabajo remunerado y, por tanto, pensiones. La mayor parte de la atención a personas en situación de dependencia en Costa Rica es prestada por familiares o amistades de forma no remunerada (Nadin, 2020) con poca o nula formación en cuidados y en ocasiones, estas personas no decidieron realizar estas tareas, sino que se encuentran cumpliendo con un mandato social.

La edad promedio de las cuidadoras es de 48 años, siendo 43 años para los hombres y 50 años en el caso de las mujeres. El nivel educativo es variable, encontrando una tendencia en la primaria completa: ellas tienen más años y menos estudios. En los últimos años ha habido un incremento de hombres egresados en las diferentes ofertas de formación en cuidados vigente. También, el INA recientemente cambió el requisito de ingreso al técnico de Asistente de la Persona Adulta mayor, donde actualmente se solicita 6to grado. Al INA regir el técnico, las diferentes casas de formación deben incorporar estos cambios en los requisitos de ingreso, lo que amplía las posibilidades para muchas mujeres con baja escolaridad y que les interesa o tienen experiencia en cuidados.

La PNC muestra que la falta de participación laboral tiene distintas causas según el sexo. En el caso de las mujeres, la razón más común por la que no trabajan son las obligaciones familiares, estando en largas jornadas laborales en espacios domiciliarios sin recibir pago ni reconocimiento por sus labores, mientras que en hombres cuidadores, la principal razón es de tipo personal y en segundo plano, las obligaciones familiares.

Las mujeres cuidadoras no se encuentran en el mercado de trabajo debido a obligaciones personales relacionadas al cuidado, mientras que en el caso de los hombres la relación es 1 de cada 10. Además de la poca participación laboral y las obligaciones familiares hay que agregar largas jornadas de trabajo las cuales en ocasiones no son remuneradas ni reconocidas.

Jara et al., (2020) mencionan que en el 2017 la distribución sexual del trabajo doméstico no remunerado es del 71,1% para las mujeres y del 27,9% para los hombres, situación que es inversa en el caso del trabajo remunerado donde las mujeres lo tienen únicamente en un 30.4% y los hombres en un 69,6%.

Reconociendo que cada vez el número de cuidadores familiares y hombres formándose en cuidados va en aumento, los datos anteriores nos muestran cómo esta política y cambio paradigmático no es sólo social sino también de género.

Como se ha venido abordando, los cuidados se han realizado a lo largo del tiempo sin reconocerse como un trabajo el cual se encuentra delegado al entorno familiar. La recién aprobada Política Nacional de cuidados 2021- 2031 da un reconocimiento a estas labores y promueve la corresponsabilidad de los cuidados, sugiriendo no sólo la contratación de cuidadoras y cuidadores, sino que también determinando aspectos como el monto máximo con el que pueden disponer las personas beneficiarias de este subsidio:

*Las organizaciones podrán contratar a personas para brindar servicios básicos de atención en el domicilio, en las actividades de la vida diaria e instrumentales, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida, tales como: baño diario, preparar y brindar alimentación, aseo la casa, acompañar a citas médicas, ayudar en el uso de transporte público, realización de compras o pagos entre otros. Para este trabajo no especializado, según la ficha descriptiva de Lazos de Solidaridad para el 2020, CONAPAM pagará mensualmente un mínimo máximo de 178.703 colones (PNC, 2021). Las organizaciones podrán contratar a personas como cuidadoras, previo análisis de perfil y requisitos definidos por el CONAPAM para la atención y cuidado especializado de personas mayores. Estas personas deben demostrar estudios en el área, por lo tanto, la remuneración mensual puede llegar a un máximo de 364.888 colones (PNC, 2021)*

Vemos entonces como la PNC arroja otro dato determinante en cuanto a la formación de cuidadoras: la diferenciación económica. La política mencionada establece que la contratación de cuidadoras por parte de organizaciones que están a su vez enmarcadas en el programa Lazos de Solidaridad del CONAPAM, es una prestación contemplada para mejorar el bienestar y la calidad de vida de personas adultas, diferenciando el salario de una cuidadora sin estudios especializados (aproximadamente 270 dólares) a una cuidadora con capacitación, la cual percibirá 556 dólares mensuales como máximo.

También es importante mencionar que el salario base en Costa Rica para el 2022 es de 326 mil colones y para técnicos (como Asistente de PAMs) es de 384 mil colones (585 dólares), por lo que el pago contemplado para ambos tipos de cuidadoras (con estudios y quienes por el momento no tienen), reciben un salario por debajo del salario base establecido.

La mejora en los servicios de atención a adultos mayores está directamente relacionado con la formación de los y las cuidadoras, por eso es tan relevante ampliar la oferta formativa y acercarla a personas que puedan estar interesadas en desempeñarse en puestos relacionados a los cuidados, pero también es importante una revalorización de los cuidados como sociedad, asumirlos como derecho fundamental y que las personas que realizan labores de cuidado son vitales para las comunidades y país en general, por lo que mejorar la calidad de vida, el acceso al trabajo y la mejora en las condiciones laborales de cuidadoras resulta también ser un eje central para promover la eliminación de brechas de género y a continuar perpetuando la feminización no solo de los cuidados, sino también de la pobreza.



La PNC posee un apartado de Posibilidades de aseguramiento para cuidadoras, donde menciona que la CCSS ha puesto énfasis en flexibilizar y disminuir el costo del aseguramiento para grupos de difícil cobertura y que presentan características de vulnerabilidad social y económica. En esta línea, a partir de agosto de 2017, la CCSS puso a disposición de los y las patronas de trabajadoras domésticas una modalidad de aseguramiento que se ajusta a sus principales características de las jornadas parciales y multi patronos (PNC, 2021), dando lugar a una equiparación que tiende a la confusión entre las labores de cuidados y oficios domésticos. Este reglamento menciona la disminución del costo del seguro del 50% para salarios más bajos, lo cual es cubierto por el Estado en su rol de financiador subsidiario de seguridad social y la agilidad en el trámite de afiliación, el cual ya se puede realizar en línea.

Para las cuidadoras especializadas se contemplan otras modalidades de aseguramiento como Seguro Voluntario y el de Trabajador independiente. Las capacitadoras sin capacidad contributiva, es decir, que son cuidadoras que realizan trabajos de cuidados sin ninguna retribución económica, pueden disponer de la modalidad de aseguramiento no contributivo.

Habilitar más y mejores opciones educativas y laborales remuneradas va de la mano con una reactivación económica que no solo beneficiaría a las mujeres y sus familias, sino que beneficiaría al país en general.

Anteriormente se ha detallado sobre las particularidades operativas de los centros diurnos, hogares de larga estancia y atención domiciliar y para continuar con el análisis, se han reunido una serie de características del personal contratado en las diferentes modalidades de servicios para personas mayores. Para recabar esta información se toman en cuenta datos aportados por la revisión bibliográfica, páginas webs y las entrevistas realizadas:

#### Personal contratado en los centros: Generalidades<sup>20</sup>

Modalidad	Centro diurno	Hogares y residencias	Atención domiciliar
-----------	---------------	-----------------------	---------------------

<sup>20</sup> Para elaborar este cuadro se tomó en consideración los aportes dados por cuidadores y cuidadoras durante las entrevistas realizadas para esta investigación. Además de información de la PNC y apartir de los servicios ofrecidos por diferentes centros se estableció el profesional contratado. Algunas de las páginas consultadas fueron: <https://www.centrodiurnodeeltejar.org/index.php/centro-de-dia> <https://hogardemontesdeoca.com/centro-diurno/> <https://verdeza.com/residentes-permanentes/> <https://www.homecare.cr/> [https://www.cuidoencasa.com/?gclid=CjwKCAjws--ZBhAXEiwAv-RNL8ogwuaeT5xWZ1hFM3D97qKqOhS8y3unlvhEQVlvBxYknWsmYCn6UBoCwvsQAvD\\_BwE](https://www.cuidoencasa.com/?gclid=CjwKCAjws--ZBhAXEiwAv-RNL8ogwuaeT5xWZ1hFM3D97qKqOhS8y3unlvhEQVlvBxYknWsmYCn6UBoCwvsQAvD_BwE) <https://www.clubdeoro.org/servicios/>

<p><b>Perfil de asistentes/ cuidadores y cuidadoras</b></p>	<p>-Cuidadoras y cuidadores “colaboradores”: no siempre tienen un vínculo profesional con los centros. Bajo a medio nivel educativo, variable a poca formación en cuidados, poca o nula remuneración.</p> <p>-Personal contratado: enfermeras, auxiliares de enfermería, doctores, psicología, terapeuta físico, terapia ocupacional, nutrición, terapia de lenguaje y gerontólogos.</p>	<p>-Cuidadores y cuidadoras. En algunos casos conocidos como “niñeras” contratados. Variable formación en cuidados, experiencia en cuidados.</p>	<p>-Cuidadoras y cuidadores: con formación en cuidados y experiencia profesional</p>
<p><b>Tareas que desarrollan</b></p>	<p>Talleres</p> <p>Atención personalizada a usuarios y a Red de Cuido</p> <p>Actividades para la promoción del envejecimiento activo.</p> <p>Cuidadoras son enlace con Red de Cuido</p>	<p>-Acompañamiento grupal de ABVD</p> <p>(entre 15 y 20 personas aproximadamente por cuidador o cuidadora)</p>	<p>Acompañamiento en ABVD y AIVD</p> <p>En ocasiones realizan labores de limpieza y preparación de alimentos</p>

El cuadro anterior hace una comparación entre los diferentes perfiles contratados en los centros diurnos y de larga estancia que dan cuidado a personas mayores. Se puede ver la inserción de la persona cuidadora, así como algunos requisitos que se piden para acceder a estos trabajos. Es importante notar que los servicios privados manejan mayoritariamente la misma categorización de tipos de cuidadores, los cuales varían de acuerdo a la formación académica. El Centro Cuido en Casa, resume en su página web<sup>21</sup>:

*-Cuidador básico y acompañamiento:* experiencia laboral en hogares de adultos mayores, centros de salud y cuidados domiciliarios privados. Gran vocación y manejo del adulto mayor con dependencia básica

*-Cuidador profesional:* Asistente de pacientes con título académico. Ideal para personas con algún grado de dependencia. Manejo de baño y alimentación asistida, acompañamiento a citas médicas, acompañamiento recreativo, colaboración con Terapia Cognitiva.

<sup>21</sup> Cuido en casa <https://www.cuidoencasa.com/> (Centro privado, San José)

-*Cuidador avanzado*: Profesional en Enfermería graduado, ideal para todas personas con dependencia.

Los servicios privados son actualmente un empleador importante de cuidadores y cuidadoras y a la vez, conforman una amplia gama de servicios diversos que para efectos de esta investigación, fueron parte solo de la consulta bibliográfica, sin embargo para próximas investigaciones y aproximaciones curriculares, puede ser interesante y necesario incluir el parecer y necesidades de estos empleadores, dado que en el país, hay más de 10 empresas y organizaciones privadas brindando servicios a personas mayores. En cuanto a la formación, es de resaltar que muchos de los centros privados ofrecen constantemente cursos cortos de capacitación a cuidadoras, como a familias de personas mayores.

La UCR por su lado menciona en *“Las cuidadoras informales trabajan sin salario y sufren deterioro de su salud”*, artículo publicado<sup>22</sup> el 07 dic 2018 que, las cuidadoras expresaron falta de acompañamiento y un vacío legal existente para ellas, además de la fatiga constante conocida como el síndrome del cuidador quemado. El artículo cierra diciendo que se debe procurar que se destaque el valor social y económico de las cuidadoras a través de capacitaciones, ingresos, protección social y salud mental. Esta experiencia universitaria aporta además, la importancia del autocuidado y las redes de acompañamiento.

Para continuar, en el siguiente apartado se profundizará específicamente sobre la formación en cuidados que se ofrece actualmente con algunas generalidades de los cursos.

#### **4.4.6 Sistema Formativo con relación a los Cuidados en Costa Rica**

La formación en cuidados ha venido desarrollándose en Costa Rica por Instituciones públicas como el INA y las universidades (UNA, UCR, TEC, UNED) y organizaciones privadas como OIFA que cuentan con una trayectoria de más de 10 años capacitando personas interesadas en los cuidados de personas adultas mayores.

Actualmente, existen seis programas formativos alineados al MNC de las cuales dos se encuentran en desarrollo, la modalidad de estos varía entre presencia, virtual con una duración de entre los 450 horas y 800 horas (este último corresponde a un programa virtual)

El Marco Nacional de Cualificaciones (MNC), cuenta con un Estándar de Cualificación (EC) y generaliza algunos aspectos importantes del plan. En el mismo documento podemos encontrar otras ocupaciones asociadas a los cuidados y que están dentro del MNC: COCR 5322 Trabajadores de los cuidados personales a domicilio y COCR 5321 Trabajadores de los cuidados personales en instituciones, sin embargo, no se pudo tener acceso a estos programas de estudio para incorporarlos al análisis. Dentro de las propuestas mencionadas, el INA es una opción pública y gratuita y las otras corresponden a organizaciones privadas, en las cuales el costo es variable así como la duración de los cursos.

---

<sup>22</sup> Para ver artículo completo: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/12/07/las-cuidadoras-informales-trabajan-sin-salario-y-sufren-deterioro-de-su-salud.html>

Dentro de los planes de estudio a considerar para este relevamiento se tomó consideración especial a las currículas aportadas por OIFA y el INA, las cuales amablemente aportaron sus documentos de presentación. Cabe mencionar que la información revelada quedó a criterio de las instituciones educativas, por lo que hubo información a la que no se tuvo acceso por cuestiones de confidencialidad.

Estas consideraciones serán tomadas en cuenta como principios orientadores junto con los insumos recabados en la consulta a cuidadores y cuidadoras, administradores de centros y personas relevantes en políticas públicas nacionales que darán como resultados currículos formativos ajustados al Marco Nacional de cualificaciones y a las necesidades de formación e intereses de personas cuidadoras y empleadores.

Se presentarán a continuación algunas de las propuestas formativas vigentes actualmente en el país. Como ya se mencionó, la propuesta es amplia y diversa en cuanto a metodología, contenidos y paradigmas, así como modalidades. Para esta investigación se recopiló información de algunos de los centros de formación y de los cursos convalidados por el Marco Nacional de Cualificaciones.

La información aquí presentada surge de entrevistas realizadas a diferentes profesionales del INA y de otros centros de formación, así como los materiales facilitados por las mismas personas y la información disponible en la página web de cada institución.

### **Curso 1: Asistente personal para la atención integral de personas mayores - INA**

El INA es la entidad educativa que rige la formación técnica a nivel nacional. Además, se toma en consideración por que cuenta con un plan de estudios avalado por el MNC y es de las instituciones con más tiempo de facilitar este proceso educativo de capacitación en cuidados.

El Técnico de Asistente personal para la atención integral de personas mayores está inscrito en el Núcleo de Salud, Culturas y Artesanías, específicamente en el subsector de Salud y Bienestar. Actualmente el programa de estudios está en transición de diseño, ya que según se mencionó en las entrevistas, se espera que en los primeros meses del 2023 se empiece a implementar un nuevo y mejorado plan de estudios que se basa en el aprendizaje por competencias y con una renovación curricular.

#### *Carga horaria y población destinataria*

Este programa tiene una carga horaria de 759 horas. Para finalizar el plan de estudios se propone una práctica supervisada de aproximadamente 96 horas, donde las personas estudiantes asisten a un centro diurno o de larga estancia para realizar las labores diarias de cuidados por las horas establecidas. Los/as estudiantes deben también completar una serie de instrumentos y en ocasiones, de acuerdo a donde se esté impartiendo el programa, cuenta con la supervisión presencial del docente a cargo.

Este curso se encuentra reconocido como técnico 1 según el Marco Nacional de Cualificaciones, por lo que uno de los requisitos para cursar es haber aprobado 6to grado de primaria, ser costarricense o extranjero con estatus migratorio legal y mayor de 18 años y completar el formulario de registro.

#### *Enfoque metodológico*

Durante la entrevista realizada a formadoras del programa, mencionan la importancia de las metodologías que implican aprender haciendo, de utilizar técnicas que impliquen la participación de las personas estudiantes y la utilización de recursos para estimular los aprendizajes. Dentro de las

metodologías mencionadas se encuentran: Portafolios de evidencias, mapas conceptuales y mentales, aprendizaje por proyectos, técnica de los 4 pasos, juegos categoriales, entre otros. Las formadoras entrevistadas mencionan, además, sentirse muy a gusto en el programa, ya que el INA constantemente los capacita sobre herramientas para mejorar la facilitación y actualizarse profesionalmente.

En programa tiene como *Enfoque:*

- La persona adulta mayor como ser integral
- Derechos humanos
- Envejecimiento activo
- Filosofía de Vida Independiente
- Asistencia bajo el enfoque de corresponsabilidad social, trabajo digno y remunerado
- Aprendizaje por competencias

#### *Perfil docente*

Los profesionales que facilitan estos cursos son de perfiles muy variados, predominando siempre el sector salud con profesionales de nutrición, psicología, medicina, enfermería, terapia física, gerontología y bellas artes. Hay dos personas en el equipo con especialidad en gerontología.

#### *Estructura de cursos*

El curso está organizado en 8 módulos los cuales se dividen en cuatro módulos de entrada e igual número de módulos de salida. Dentro de los requisitos para la graduación, además de aprobados los módulos y la realización de la práctica supervisada, se pide el carnet de manipulación de alimentos, que corresponde a un curso corto de 20 horas que da el mismo INA.

#### *Módulos y distribución horaria*

1. Contextualización de la labor de asistencia para la persona mayor. 148 horas.
2. Asistencia psicosocial para la persona adulta mayor. 123 horas
3. Asistencia en situaciones de riesgo para la persona adulta mayor. 96 horas
4. Promoción de la salud en las actividades de la vida diaria de la persona adulta mayor. 135 horas
5. Práctica supervisada en establecimientos para la persona adulta mayor. 96 horas
6. Asistencia en las actividades de recreación cultural para la persona adulta mayor. 60 horas
7. *Asistencia en la actividad, la recreación y el ejercicio físico de la persona mayor. 60 horas*
8. Alimentación para la salud. 32 horas

Dentro de los módulos que se ofrecen, el que tiene mayor cantidad de horas es el de Contextualización de la labor de asistencia para la persona mayor, el cual es generalmente impartido por profesionales de orientación, trabajo social o psicología generalmente. El módulo correspondiente a Vida diaria es el siguiente, el cual cuenta con 135 horas. Los cursos destinados para Asistencia en diferentes ámbitos suman en total 150 horas aproximadamente. Dentro de lo que se muestra en la currícula

compartida hay contenidos que no se encuentran presentes como autocuidado físico y emocional del cuidador, Atención centrada en la persona o bien, herramientas para personalizar los servicios como Plan de Vida. Por otro lado, este programa destina aproximadamente 120 horas para la asistencia de actividades recreativas y culturales, aspecto mencionado como necesidad formativa por las cuidadoras.

En cuanto al programa de estudios, una de las facilitadoras menciona que

*“una de ventajas es que nuestro programa capacita a la gente de forma que puede trabajar en establecimientos o puede trabajar en el cuidado a domicilio, que yo creo que esa es una demanda relativamente alta, por que la gente quieren que cuiden a sus familiar en la casa, o la persona mayor quiere estar en la casa y yo la verdad opino que ese es el ideal en la medida de lo posible”* (comunicación personal: Facilitadora Técnico Atención Integral de PAMs, entrevista 4: febrero del 2022)

**\*Curso: Asistencia de personas en condición de dependencia (física, sensorial, cognitiva):** curso impartido por el INA, se encuentra inserto en el Núcleo Salud y Bienestar. La carga horaria es de 60 horas y para poder acceder a este curso se debe presentar el certificado de Asistencia para la niñez, asistencia personal para personas con discapacidad o asistencia integral para las personas mayores. Por el momento no está acreditado por el MNC, se considera una actualización profesional.

## **Curso 2: Asistencia Integral para la persona adulta mayor – OIFA**

### *Generalidades y marco de inserción laboral*

OIFA se encuentra categorizada como una PYME (pequeña y mediana empresa) gerontológica la cual desde hace 24 años se encarga de formar cuidadores y cuidadoras en el país. Además de capacitación ofrecen atención directa dando asesoramiento a personas mayores, sus familias y grupos organizados. Con respecto al Plan de estudios, en el año 2021 obtuvieron la alineación del Marco Nacional de Cualificación, definiendo a sus egresados y egresadas como Cuidadores gerontológicos, con un técnico 1.

Además de ofrecer este curso con salida técnica, ofrecen otros cursos cortos y de actualización, así como otras actividades como el Día Nacional del cuidador, talleres online, revista digital, entre otros. Dentro de los requisitos de ingreso a esta formación está tener 6to grado de primaria aprobado y acceso a una computadora con Word, power point y pdf. Todas las personas egresadas de OIFA participan además de la plataforma de la Agencia Nacional de Empleo<sup>23</sup> que es un servicio gratuito que facilita el contacto entre personas que buscan empleo y empleadores.

### *Carga horaria y población destinataria*

Este programa tiene una carga horaria de 750 horas y para finalizar el plan de estudios se propone una práctica supervisada donde las personas estudiantes asisten a un centro diurno o de larga estancia para realizar las labores diarias de cuidados por las horas establecidas. Los estudiantes completan una serie de instrumentos, entre ellos la bitácora gerontológica y complementan con las observaciones y supervisión de docentes.

Este curso se encuentra reconocido como técnico 1 según el Marco Nacional de Cualificaciones, por lo que uno de los requisitos para cursar es haber aprobado 6to grado de primaria, ser costarricense o

---

<sup>23</sup> Agencia Nacional de Empleo: <https://www.ane.cr/>

extranjero con estatus migratorio legal y mayor de 18 años. Existe la posibilidad de llevar este curso de forma presencial, virtual o combinada, con una duración de 1 año aproximadamente

OIFA en conjunto con el PRONAE (Programa Nacional de Empleo) del Ministerio de trabajo han establecido estrategias conjuntas para capacitar a 100 personas de las regiones Central y Chorotega como cuidadores de personas adultas mayores.

Dentro de los Contenidos que contempla el plan de estudios están:

1. Introducción a la gerontología
2. Elementos sociales para el cuidado
3. Elementos psicológicos para el cuidado
4. Elementos biológicos para el cuidado
5. Elementos espirituales para el cuidado
6. Autocuidado de la persona cuidadora

El documento facilitado como plan de estudios no especifica más en contenidos, pero resulta importante la asignación de un módulo para el autocuidado de la persona cuidadora y el abordaje que tiene el programa, donde cada módulo corresponde a una dimensión del cuidado de la persona. El no tener un módulo para los cuidados sanitarios permite evidenciar el cambio de paradigma, donde se transita progresivamente a humanizar cada vez más los tratos. Dentro del Plan de estudios se habla de la ACP en ambas vías: tanto en el trato de personas mayores como hacia la educación de personas cuidadoras, sin embargo, no es posible determinar en esta presentación de plan de estudios, el o los módulos donde se enseñan las dimensiones de la ACP y la implementación de esto en los centros.

#### *Enfoque epistemológico, formativo y metodológico*

Por medio de la entrevista realizada a formadores del programa se mencionan como ejes fundamentales de esta oferta educativa la geronto educación y los modelos constructivistas, sin especificar en alguna en particular. Se menciona además la importancia del autocuidado de cuidadoras, corresponsabilidad de los cuidados y de avanzar hacia la atención centrada en la persona. Partiendo del hecho de que todas las personas son cuidadoras, definiendo varios tipos de cuidados y cuidadoras, sin embargo, como se mencionó, al momento de revisar el plan de estudios, no es posible determinar los módulos en los que se encuentran estos contenidos.

Dentro de las estrategias utilizadas en OIFA<sup>24</sup> se recupera como buena práctica metodológica la forma de vinculación con la persona adulta mayor durante las prácticas finales de los y las estudiantes del técnico, donde las personas mayores saben desde el inicio la importancia de su colaboración en la formación de nuevos cuidadores y cuidadoras, lo que mejora la motivación y participación activa de la persona mayor, mejora la experiencia al establecer acuerdos mutuos y claridad en los objetivos y temporalidad del proceso y es una oportunidad para la persona en formación de poner en práctica los conocimientos adquiridos con una persona por un tiempo determinado, conociéndose mutuamente y con

---

<sup>24</sup> Ver publicación en facebook de OIFA del 12 agosto 2022  
<https://www.facebook.com/photo/?fbid=494550686006364&set=a.14484339097709>

la cercanía que permite la posibilidad de realizar proyectos cortos en miras de la calidad de vida de la persona mayor en su cotidianidad. Esto sin duda influye en el proceso de aprendizaje mutuo, la reflexión y retroalimentación de la experiencia educativa.

### *Perfil docente*

Según menciona la persona entrevistada, el equipo docente está conformado por aproximadamente por 25 personas con carreras profesionales en Gerontología, Trabajo social, docencia, nutrición, psicología, terapia de física. Este personal cuenta además con especializaciones ya que en su mayoría cuentan con dos carreras universitarias teniendo en común la gerontología en algunos casos. Otro de los aspectos mencionados que resultan importantes para la implementación del modelo es la estabilidad del personal, a lo que la informante mencionó que el cuerpo docente es estable de manera general y se ha venido manteniendo a lo largo del tiempo.

### **Curso 3. Oferta de cursos para profesionales graduados universitarios**

Dentro de la gama de ofertas educativas en torno a cuidados existen numerosos programas y talleres de formación continua o actualización para personas profesionales egresadas de carreras universitarias. A continuación, se detallan algunas de ellas:

- Universidad Santa Paula. **Educación geriátrica para servicios de emergencias médicas** (educación continua)
- Universidad Santa Paula: **Curso de especialización en la atención de PAMS con síndromes demenciales**
- Universidad Santa Paula: **Curso de especialización en control multidimensional del dolor**
- Universidad Santa Paula: **Curso de especialización en Estimulación multisensorial snoezelen**
- Universidad Santa Paula: **Maestría en Gerontología con énfasis en Gestión de proyectos** (Medicina, enfermería, farmacia, nutrición, odontología, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria, Terapia de Lenguaje, Psicología)

Universidad de Costa Rica: **Maestría en Gerontología social**

- Universidad de Costa Rica: **Maestría en Geriátrica y Gerontología**

Con relación a las casas de formación que ofrecen estos cursos, la Universidad Santa Paula es una universidad privada especializada en carreras del área de salud y la Universidad de Costa Rica es pública con gran implicancia a nivel nacional. De manera más específica, la Maestría en Gerontología con énfasis en Gestión de Proyectos atiende, de acuerdo al plan de estudios disponible, a conocimientos, habilidades y destrezas propias de un campo de aplicación del profesional en salud pública. De esta manera, uno de los requisitos de ingreso es poseer un grado universitario del área de salud. Esta formación tiene una duración de 4 bloques de 5 meses cada uno.

La Maestría en Gerontología de la UCR es por su parte, una opción abierta para profesionales de cualquier área de conocimiento. Dentro de los requisitos de ingreso se encuentra la presentación de un anteproyecto (lo que implica una inserción y vinculación laboral previa), dominio de una lengua extranjera y llevar los cursos de nivelación que la maestría considere necesarios. El programa consta en total de 60 créditos en cuatro ciclos lectivos semestrales ofrecidos en horario nocturno.



Estas opciones universitarias se toman en consideración específicamente por el programa 4 aquí planteado destinado a personas interesadas en la administración de centros o gestores de programas relacionados con personas mayores, dado que pueden ser opciones de formación que pueden ser funcionales para el perfil de personas al que está destinado ese programa. Sin embargo, ya que esta consultoría está centrada en la formación de cuidadores y cuidadoras, el análisis giró entorno a las entidades educativas con programas para esta población

Es entonces, que la variedad de formaciones es amplia, tanto en contenidos temáticos como en aspectos específicos de formato: duración, certificación, requisitos, modalidad, entre otros. Para seleccionar los programas y cursos a analizar se escogieron primeramente los alineados al Marco Nacional de Cualificaciones y certificados por el INA y posteriormente se abordaron otras ofertas formativas, las cuales mencionaron las cuidadoras y cuidadores entrevistados.

Como cierre de las entrevistas con las personas formadoras surgió la necesidad de preguntarse sobre la posibilidad de una Mesa de trabajo en relación con la formación de cuidadores y cuidadoras de personas mayores que articule y oriente la oferta educativa del país. Si bien es cierto el Marco Nacional de Cualificaciones regula como un marco normativo, esta necesidad de las diferentes casas de formación de encontrarse para llegar a acuerdos en común en cuanto a perspectivas sobre las vejezes, abordajes, denominación de la labor de cuidados, acceso laboral, organización gremial entre otros, puede ser beneficiosa para todas las parte

## **4.5 Revisión de la Situación de la Formación en Cuidados en Uruguay**

### **4.5.1 Introducción**

En las siguientes páginas se dará cuenta de los avances en el contexto legal e institucional de las iniciativas que se llevan adelante para la atención y cuidado de las personas mayores en el Uruguay, así como las propuestas y desafíos que se evidencian a nivel de lo que es el sistema formativo de cuidados en el país.

Uruguay es un país con una transición demográfica avanzada, un importante número de personas mayores, y situaciones de soporte socio-familiar, niveles de dependencia y capacidad de acceso a servicios que genera cierta disparidad en relación con la cantidad y calidad de atención recibida por las personas mayores en general y en particular de aquellas que se encuentran en situación de dependencia.

Por otro lado, a nivel formativo se han logrado avances en relación con la formulación de una currícula que contemple la atención a personas en situación de dependencia, pero con un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital lo que complejiza el ajuste de las intervenciones orientadas específicamente a personas mayores. En tal sentido el enfoque de atención centrado en la persona, que transversaliza este trabajo y que es parte de horizonte de sentido de las actuales leyes, reglamentaciones y políticas del país, puede encontrarse con el desafío de trascender el papel y convertirse en prácticas efectivas y asertivas de cuidado para una población con necesidades, trayectorias y características particulares como son aquellos que se encuentran transitando la vejez.

### **4.5.2 Marco legal vigente en materia de cuidados**

Existe una importante y permanente producción bibliográfica realizada desde el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES), la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SeNCyD), el Banco de Previsión Social (BPS) así como desde Organismos Internacionales que apoyan desde lo técnico y económico el desarrollo de políticas de cuidado y dan cuenta de los avances en la implementación y desafíos futuros de dichas políticas. De esta forma es posible comprender el contexto sociopolítico y legal con relación a cómo se concibe el cuidado y la atención a las personas mayores en el Uruguay y qué estrategias se están llevando a cabo para lograr establecer el sistema de protección social a la población de personas mayores en situación de dependencia. El principal impulso en la generación del marco normativo se ha generado en función de la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), permitiendo que se generase una mayor sinergia y articulación entre servicios e instituciones con relación al cuidado de las personas mayores en situación de dependencia.

A partir de la ley 18.617 de octubre de 2009, se creó INMAYORES, quien, en el marco del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), se hace cargo de regir en referencia a políticas de vejez, tanto en lo que compete a la planificación, diseño, ejecución y evaluación de las iniciativas (INMAYORES, 2016).

El viabilizar una herramienta que permita proteger, hacer visibles y garantizar los derechos de las personas mayores, requirió de un trabajo político interinstitucional que se vio reflejado en los dos Planes Nacionales de Envejecimiento y Vejez 2013-2015, 2016-2019 (INMAYORES, 2012, 2016), así como en la implementación del Sistema Nacional de Cuidados

(SNC) desde 2015 y sus dos Planes Nacionales de Cuidado, 2016-2020 y 2021-2025 (SENCN, 2021). La perspectiva de derecho que subyace a las políticas que comienzan a implementarse supera la visión de la vejez como un asunto individual, reconociéndose al colectivo de personas mayores como un grupo social con necesidades específicas, y que, dadas ciertas vulnerabilidades, como un mayor porcentaje de personas en situación de dependencia de cuidados, presenta riesgo de exclusión social.

A partir de la ley 19.353 del 27 de noviembre de 2015 se instaura en Uruguay el SNC, en el cual se venía trabajando desde el 2010 (Gabinete Social, 2012), tomando así una dimensión política y legal que permite determinar objetivos, principios, ámbitos de aplicación y sujetos destinatarios, que orientan las diferentes iniciativas que se llevan adelante. La ley promueve el desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia mediante acciones que se basan en la solidaridad y la corresponsabilidad entre familia, Estado, sociedad civil y mercado, así como entre hombres y mujeres, entendiendo al cuidado como un asunto público que afecta a la sociedad en su conjunto (SENCN, 2021). Los avances y acuerdos políticos nacionales y regionales permiten entender a los cuidados como un asunto que no es exclusivo de las mujeres, o que se resuelve a la interna de cada núcleo familiar, para tomar una dimensión que abarca a la sociedad en su conjunto (Vaeza y Bárcena en Bango y Cossani, 2021).

Actualmente el hecho de que Uruguay tenga dicho sistema en plena ejecución permite que exista cierto grado de sinergia entre los distintos componentes, decretos y reglamentaciones en el Uruguay. Las Instituciones y Dependencias que se están haciendo cargo de la implementación del SNC, ya sea con niños, adultos en situación de discapacidad o personas mayores en situación de dependencia, más allá de algunos cambios recientes en la estructura, están en funcionamiento y en el Informe Final 2016 del SNC (2017) se señalaba que la configuración orgánica del sistema estaba cerrada al conformarse el Comité Consultivo de Cuidados, la Junta Nacional de Cuidados, así como la Secretaría Nacional de Cuidados y sus comisiones interinstitucionales. Este esfuerzo político e interinstitucional tuvo y tiene el objetivo de generar un sistema abierto a la participación social de todos los actores involucrados.

En la actualidad y a partir de los artículos 484 y 485 de la ley N°19.924<sup>25</sup> del 18/12/2020, la Secretaría Nacional de Cuidados y el Programa Nacional de discapacidad (PRONADIS) se fusionan conformando la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SENCN) dentro de la órbita del MIDES, teniendo a su cargo funciones específicas tanto para la implementación de las políticas de cuidado como de discapacidad.

Si bien el SNC toma en consideración acuerdos y convenciones para cada grupo poblacional receptor de cuidados, existiendo muchos que toman como sujetos de derechos a la población de niños, en este caso se mencionará aquellos que atañen directamente a la población de personas mayores (tanto en general como en situación de dependencia), destacados tanto por el Gabinete Social (2012), como por INMAYORES (2016).

- Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 1982, donde se coloca por primera vez el tema vejez en la agenda internacional, aunque sea con un enfoque biologicista y reduccionista predominante. Posteriormente, el Plan de acción Internacional de Viena en 1992, amplía los principios y derechos a garantizar en las personas mayores destacando: participación, cuidados, autorrealización y dignidad. El “Protocolo de San Salvador”, adicional a la Convención

---

<sup>25</sup> Ley de presupuesto nacional de sueldos gastos e inversiones ejercicio 2020-2024

Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988, refiere en el 18 a los derechos e iniciativas a realizar con relación a las personas mayores.

- La Observación general N.º 6 de 1996, vinculada al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que refiere a los derechos de la población de personas mayores, en su artículo 10, revierte la omisión del Pacto inicial con relación a la ausencia de referencia explícita de los derechos de las personas mayores

- La Segunda Asamblea Mundial de Madrid en 2002 jerarquiza la dignidad al envejecer como derecho, y se plantea la necesidad de que el Estado asuma un rol más activo como garante y protector de las personas mayores en varias dimensiones que son las que actualmente pueden verse en las políticas públicas: desarrollo social y económico, salud, bienestar y entornos favorables. En 2003, la Estrategia Regional de Implementación de dicho plan para América Latina y el Caribe, en 2007 la Declaración de Brasilia, y en 2012 la Carta de San José, continúan el proceso de legitimación de los derechos de las personas mayores, así como la búsqueda de minimizar las formas de discriminación o maltrato (INMAYORES, 2016).

- La firma, en 2015, y posterior ratificación en 2016 a través de la ley 19.430 de la Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA), oficia de marco normativo que determina el Nuevo Plan de Envejecimiento y Vejez para el quinquenio 2016-2020, siendo el primer instrumento vinculante a nivel mundial de los derechos humanos de las personas mayores (INMAYORES, 2016).

Para INMAYORES (2016), la Convención, resulta un insumo clave dado que determina una forma de visualizar el fenómeno de la vejez en base a postulados tales como: 1) Perspectiva de género, lo que implica reconocer la diversidad e inequidades que enfrentan hombres y mujeres al envejecer producto de sus trayectorias de vida. 2) Perspectiva integral de las personas mayores, que permita superar la perspectiva biológica integrando aspectos psicológicos, sociales y económicos. 3) Perspectiva del curso de la vida, entendiendo al envejecimiento como un proceso vital y sus consecuencias como un fenómeno multicausal. 4) Visión positiva del envejecimiento, reviendo estereotipos y jerarquizando los roles sociales de las personas mayores. 5) Visión heterogénea no normalizadora, buscando aceptar la diferencia y garantizar la igualdad de oportunidades y derechos.

La Convención permite determinar, una serie de derechos que el Uruguay se compromete a garantizar y que se visualizan en todas las iniciativas y reglamentaciones que se vienen desarrollando en relación con el cuidado de las personas mayores, tanto dentro de la órbita de INMAYORES como de la SeNCyD. Esto implica un proceso de adecuación de políticas sociales y públicas que permitan superar la disgregación de esfuerzos e iniciativas sectoriales para instaurar una lógica de colaboración interinstitucional, que es la que se busca a través del SNC.

#### **4.5.3 Organización general, principios orientadores y líneas de acción del sistema de cuidados en Uruguay**

La creación del SNC requirió una serie de transformaciones estatales y sociales, básicas para la construcción de una nueva matriz de protección social, acorde a los compromisos en materia de derechos asumidos por el país (Gabinete Social, 2012).

El SNC (2021) legitima la necesidad de considerar el papel clave de las familias para la crianza, socialización y cuidado de las personas a lo largo de la vida, de forma equitativa entre sus integrantes, introduciendo así el enfoque de género.

De acuerdo con la JNC (2015), en su rol rector el Estado está obligado a garantizar los derechos de las personas en situación de dependencia, pero la atención de esta población es un compromiso social, donde las familias, el mercado, la comunidad y el Estado han de confluír para generar condiciones de equidad en el acceso a los cuidados y atención desde una perspectiva de defensa de la dignidad y los derechos.

A partir de este contexto socio cultural y político, el SNC encuentra su sentido en los siguientes principios directrices consagrados en la ley N° 19.353:

- 1- Universalidad de los derechos a la atención
- 2- Progresividad en implementación y acceso a servicios y prestaciones
- 3- Articulación entre políticas de cuidados y políticas de promoción de la calidad de vida
- 4- Equidad, continuidad, oportunidad, calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios, así como consideración de las preferencias sobre el tipo de cuidado a recibir
- 5- Calidad integral preservando derechos de los destinatarios y trabajadores del cuidado
- 6- Permanencia en el entorno vital de persona en situación de dependencia tanto como sea posible
- 7- Inclusión de perspectiva de género y generacional, combatiendo la desigualdad entre hombres, mujeres y grupo etarios dada por la división sexual del trabajo.
- 8- Solidaridad en el financiamiento asegurando la integralidad del cuidado

Estos principios se reflejan en los 4 principios rectores del SNC que son (JNC, 2015):

**Solidaridad:** plantear la tarea de cuidados implica involucrar a todos los actores sociales, siendo solidario en relación tanto al financiamiento, como intergeneracional e intrageneracionalmente.

**Universalidad:** ampliar el acceso y cobertura a la población, buscando instrumentos, sean transferencias o servicios, similares en su calidad más allá del prestador y con una adecuación en la financiación, siendo la sociedad toda solidaria en la financiación del sistema.

**Autonomía:** el SNC pretende que cada individuo formule y alcance un proyecto vital favoreciendo la cooperación equitativa con los otros. Implica reconocer a cada sujeto como autónomo y promover la conquista de su autonomía personal.

**Corresponsabilidad:** el modelo de trabajo implica la acción conjunta de Estado, Comunidad, Mercado y familias, rever la actual división sexual del trabajo no remunerado, así como revalorizar y garantizar los derechos laborales de la tarea remunerada de cuidados.

Partiendo de estos principios y orientaciones el objetivo general del SNC es:

Garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco

de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres. (JNC, 2015, p. 11)

A partir de este general los objetivos específicos implican una mayor cobertura y calidad de la atención y el cuidado tanto de niños, niñas, como de personas en situación de dependencia desde la lógica de corresponsabilidad mencionada, el logro de estrategias de comunicación que permitan reconocer desde lo social amplio el derecho al cuidado, así como sistematizar y gestionar información que permita un seguimiento y evaluación del logro de las políticas. También es un objetivo del SNC, el continuar desarrollando una oferta de formación para el trabajo en cuidados que permita aumentar la cobertura y elevar la calidad de los servicios para la población en situación de dependencia, en el marco de una estrategia que permita la construcción de trayectorias educativas y laborales de quienes se desempeñan en el sector, profesionalizando y valorizando a la tarea (JNC, 2015; SeNCD, 2021). Para el quinquenio 2021-2025 se pretende además avanzar en el desarrollo de un Registro Nacional de Cuidados que permita fortalecer la gestión, supervisión y fiscalización de los servicios, monitoreando y evaluando los servicios del SNC (SeNCD, 2021).

Cabe destacar que en el segundo plan nacional de cuidados se explicita que el modelo que orientará las propuestas e intervenciones será el de atención centrada en la persona (ACP). Mediante este se pone a la persona en el centro del proceso, a partir del reconocimiento de su dignidad intrínseca con independencia de sus capacidades, todo lo cual conduce a que la atención se brinda contemplando los deseos y necesidades de dicha persona y la coordinación de los apoyos del entorno.

Para que estos objetivos se alcancen el SNC define una serie de componentes del sistema y lineamientos de gestión en base a cinco componentes que son: servicios, regulación, formación, gestión de información y conocimiento y comunicación. (JNC, 2015)

Finalmente, para viabilizar la implementación del SNC, y con el fin de articular las acciones públicas y privadas, como ya se mencionó, se crearon tres ámbitos específicos institucionales que son: **la Junta Nacional de Cuidados (JNC), la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SeNCD) y el Comité Consultivo (CC).**

El 29 de diciembre de 2016 se establecen contenidos y objetivos de la JNC, así como los mecanismos de seguimiento e implementación de las resoluciones que tome el órgano. Casi en simultáneo, el 31 de enero de 2017 se establecen objetivos y competencias de la SeNC, así como el reglamento interno de la JNC, todo lo cual se incluye en el decreto 445/016. Como se mencionó en diciembre del 2020, la ley 19.924 da creación a la SeNCD modificando y ampliando sus objetivos y competencias.

La JNC fija los lineamientos estratégicos de la política, y se conforma por los titulares de varios Ministerios y Organismos públicos relacionados con las poblaciones objetivo, siendo su presidente el ministro de Desarrollo Social. Cabe destacar en su conformación la inclusión del Instituto Nacional de las Mujeres como forma de buscar incorporar la perspectiva de género en todo el sistema.

Se realizan acuerdos, se delegan responsabilidades, así como se fijan los plazos de trabajo interinstitucional. Se encarga también de remitir al Poder Ejecutivo las asignaciones presupuestales que cada organismo determina para el SNC, de forma que sea contemplado en la elaboración de la ley de Presupuesto Nacional y en la aprobación de los presupuestos de los Entes Autónomos (JNC, 2015). En el decreto destacan entre sus funciones el definir los programas y políticas que serán considerados políticas

de cuidado en el marco del sistema de protección social, así como definir los lineamientos estratégicos y prioridades del SNC que luego la SeNCD diseñará y ejecutará.

La SeNCD, es el órgano ejecutivo de la JNC y funciona en el ámbito del MIDES, siendo quien articula la puesta en marcha del plan. Se han conformado comisiones interinstitucionales integradas por organismos públicos con competencia en las políticas de cada población objetivo del SNC de forma de cumplir con el objetivo de articulación de la Secretaría. Sus cometidos abarcan aspectos como la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los planes de cuidado, formular propuestas presupuestales, estudiar el impacto del SNC en la matriz de protección social, entre otros.

Dentro de la SeNC destacan algunas comisiones claves para la viabilidad del sistema: Regulación, Dependencia, Infancia, Comunicación y Formación.

A los efectos de este trabajo se destaca que en noviembre de 2015 se crea la comisión interinstitucional de regulación con integrantes MIDES, BPS, MSP, Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a los que en 2016 se suman la Oficina de Planificación y Presupuesto (OPP), Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). En 2015 realizan el documento de regulación del Servicio de Asistentes Personales, y en 2016 reglamentan el servicio de teleasistencia, los requisitos para los establecimientos de larga estancia de personas mayores, los instrumentos para la ejecución del servicio de asistentes personales y reglamentan la ley 19.353 que como se mencionó da origen al Sistema de Cuidados.

Es relevante también lo realizado por la comisión de formación, que durante el 2015 estuvo integrada por representantes del ámbito de la primera infancia, discapacidad y personas mayores. Abordaron la temática de cuidados, dependencia y autonomía, caracterización de los trabajadores que se dedican a cuidados y el diseño de la estrategia de formación. Dadas las diferencias en el desarrollo de las políticas y los instrumentos de formación se formaron subcomisiones: infancia y dependencia.

La comisión de Formación en atención de la dependencia está integrada por MSP, MEC, Inmujeres, Consejo de Educación técnico profesional (CETP), Dirección Nacional de Empleo (DINAE), BPS, Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) y SeNCD. Avanzó en temas como: diseño curricular de la formación para la atención a la dependencia; perfil ocupacional; diseño ocupacional, nivelación y prácticas formativas y definición del perfil docente (SNC, 201), todo lo cual se ve reflejado en el Curso de Atención a la Dependencia vigente desde el 2016 del que se dará detalle más adelante.

También se formó la comisión de dependencia conformada por INMAYORES, Programa Nacional de discapacidad (PRONADIS), BPS, OPP, MTSS, MEF y MSP. Su tarea consistió en el diseño del servicio de Asistentes Personales que contempla la atención de personas mayor en situación de dependencia severa para el cuidado en el hogar; el diseño del servicio de Teleasistencia, y el diseño de la prestación Centros Diurnos. También realiza aportes para la formación de los cuidadores de población en situación de dependencia.

Cabe destacar que de acuerdo con datos aportados por informante calificado dentro de la estructura de la SeNCD existe la división de planificación y seguimiento, que incluye el área de formación, la cual articula de forma transversal con el área de dependencia, de infancia, de servicios y con el portal web.

Finalmente, dentro de la estructura de SNC destaca el Consejo Consultivo, que es un ámbito colectivo, donde los organismos públicos analizan junto a privados y la sociedad civil organizada las propuestas para el diseño o modificación de los servicios, las estrategias de promoción de los DDHH y las posibles investigaciones sobre el tema de los cuidados (artículo 5, decreto 444/016, 29 de diciembre de 2016). Comenzó a funcionar desde abril de 2017 y hasta la actualidad con reuniones de carácter mensual y la formación de comisiones tales como infancia, regulación y formación, buscando actualmente una mayor sinergia con la JNC, de forma de tener mayor incidencia política en lo que hace a propuestas dentro del SNC.

Es una prioridad del Consejo Consultivo el regular y garantizar los derechos laborales de quienes cuidan, fortalecer el funcionamiento de las actuales políticas implementadas, así como profundizar la estrategia formación de forma tal de valorizar y tender a profesionalizar la tarea de cuidados (SNC, 2021).

#### **4.5.4 Caracterización, dependencia institucional y perfil de usuarios de servicios actuales y emergentes donde se articula el sistema de cuidados<sup>26</sup>**

De acuerdo con Gascón y Redondo (2014) los servicios orientados a personas mayores en situación de dependencia según el entorno de residencia por nivel de complejidad se podrían organizar en tres grupos:

- 1) Servicios de base comunitaria: apoyo familiar, servicio de teleasistencia u otras ayudas técnicas y tecnológicas, servicios de ayuda profesional en domicilio, centros diurnos o nocturnos
- 2) Servicios de media distancia: viviendas no asistidas, hostales y residencias
- 3) Servicios institucionales: establecimientos de larga estancia de cuidado permanente.

El decreto ley N° 427 de diciembre de 2016, que reglamenta la ley 19.353 referida al Sistema Nacional Integrado de Cuidados, plantea que los servicios de cuidados que brindan atención a las personas en situación de dependencia pueden ser: cuidados en domicilio, cuidados diarios, cuidados residenciales y cuidados a distancia. También la reglamentación da cuenta de los subsidios para cuidados entendidos como las prestaciones económicas totales o parciales que facilitan el acceso a los cuidados.

Teniendo en cuenta ambas clasificaciones se explicitan varias iniciativas recogidas tanto por la JNC (2015) como en el Segundo plan de Envejecimiento y Vejez (INMAYORES, 2016), y en el Plan Nacional de Cuidados 2021-2025 (SeNCD, 2021) orientadas a personas mayores con y sin dependencia, estableciéndose sus características y población objetivo. En Uruguay los CLE no son la opción más utilizada para resolver las necesidades de cuidado de las personas mayores (MIDES, 2014), aunque el ingreso se asocia al nivel de dependencia o la complejidad técnico-instrumental de los cuidados de la persona mayor. Esto explica el por qué desde las políticas públicas del Estado, se promueven servicios como la teleasistencia o los centros de día que permiten cubrir a más población, generando redes de apoyo familiar, sin producir el desarraigo de su lugar de pertenencia. En las diferentes reglamentaciones se

---

<sup>26</sup> El siguiente apartado se basa y actualiza el desarrollo realizado por el responsable de la consultoría Alejandro López en su tesis doctoral del 2019 titulada: Cuidadores formales de personas mayores en Centros de Larga Estancia en Montevideo Uruguay: perfil sociolaboral, estereotipos sobre la vejez, habilidades de cuidado y síndrome de burnout.



explicitan los criterios de elegibilidad de la población objetivo de cada servicio, que se basan en el grado de dependencia, evaluado a través del baremo de dependencia, o la edad cronológica, siendo este último criterio reduccionista en relación con las diferentes trayectorias de envejecimiento (Cafagna et al., 2019).

Cabe destacar, con datos de 2019, que solo el 5,9% de los mayores de 70 años en situación de dependencia reciben algún tipo de servicio por parte del sistema, aunque entre quienes efectivamente demandaron el servicio la cobertura asciende al 67% de los mayores de 70 años (Cafagna et al., 2019). La gran mayoría pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y de hecho Batthyány et al. (2013) destacan que son las personas mayores de niveles medios los que mayores dificultades tienen para acceder a servicios, al no poder acceder de forma totalmente subsidiada a la cobertura pública ni cubrir los costos de acceso al sector privado.

### **Servicios comunitarios, en domicilio y a distancia**

- **Centros de Día** que se instalan a iniciativa del SNC y que buscan a partir de un modelo socio-terapéutico, basados en el modelo español de Centros de Día, brindar cuidado integral a personas mayores de 65 años que se encuentran en situación de dependencia leve o moderada, pero aún viven en sus hogares. Esto resulta también un servicio de apoyo y respiro familiar, aumentando la calidad de vida de la persona mayor y su entorno. Se promueven allí la realización de actividades culturales, recreativas, de estimulación física y cognitiva a cargo de un equipo profesional.

Buscan atender las necesidades básicas, terapéuticas y sociales, la promoción de la autonomía, la permanencia en el entorno habitual y el asesoramiento y apoyo a las familias cuidadoras, desde una perspectiva de derechos y atención centrada en la persona. Se considera que este servicio a la vez que tiene potencial para prevenir el aumento de la dependencia y la necesidad de la institucionalización.

Hay tres tipos de servicios que este tipo de centro pueden brindar: a) básicos como transporte, manutención y asistencia para las AVD; b) terapéuticos como atención social, psicológica, terapia ocupacional y salud; c) complementarios como peluquería, podología, etc. (Fernández, s/f).

Estos centros funcionan en régimen de 20 horas semanales de atención, y han de asegurar el servicio todo el año en un régimen de 5 veces por semana. Las plazas por Centro han de oscilar entre 30 y 40 y el régimen de asistencia puede ir de entre 2 a 5 veces por semana aspecto acordado entre institución y usuario.

Se comienza a implementar en 2018, el servicio es sin costo y las personas pueden asistir 2, 3 o 5 veces a la semana. Comenzaron siendo 11 Centros proyectados, 10 que comenzaron a trabajar, pero hay actualmente 8 en funcionamiento y uno en proceso de reapertura en todo el país que atienden en el entorno de las 250 personas de acuerdo con datos aportados por informante calificado. Los Centros son gestionados por organizaciones de la Sociedad Civil (con una lógica similar a las Centro de Atención a la Infancia y la Familia que atienden a la población de niños de 0 a 3 años) y solventados por transferencias desde el SNC, para su funcionamiento y para el equipamiento inicial (SNC, 2019). Un desafío central para una expansión del servicio que garantice el derecho a asistir está dado por la posibilidad de acceder a un transporte, siendo también necesaria la construcción de indicadores de calidad de servicio.

Existen también Centros diurnos, uno en Montevideo a cargo de la Secretaría de las Personas Mayores de la Intendencia Municipal, con perfil socio-sanitario, dirigidos a personas no dependientes mayores de 60 años en situación de vulnerabilidad psicosocial, y en los últimos tiempos vienen

generándose iniciativas privadas similares, con y sin fines de lucro, algunas de las cuales se asocian a CLEs y otras que solo ofrecen el servicio de Centro Diurno, tanto para personas independientes como con perfiles de dependencia y atención especializada pero (por ejemplo, el brindado por la Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares).

Finalmente es de destacar la experiencia de los Centros de Referencia para el Envejecimiento Activo (CREA), impulsada en conjunto por el BID, Fundación Astur y una serie de organización e instituciones de diferentes Municipios de Montevideo desde 2018. Existe dos CREA presenciales y dos virtuales y en dichos espacios se promueve actividades socioculturales, de ejercitación física y cognitiva, de promoción de la interacción, intercambio intergeneracional y turismo social. También promueve la detección oportuna de personas mayores en situación de fragilidad y la psicoeducación orientada a las familias de dichas personas para aumentar los apoyos, promover la autonomía.

La propuesta, que ha alcanzado a 416 beneficiarios, se organiza mediante talleres semanales virtuales y presenciales, a la vez que se brinda un espacio de encuentro, escucha activa personalizada, desde un enfoque de humanización del trato.

Debido al éxito y los positivos resultados que tuvo en la calidad de vida de las personas mayores, minimizando los efectos negativos asociados a la pandemia por COVID-19, es que a pesar de que está experiencia inicial llegó a su fin, ya comenzó la implementación de un nuevo CREA desde setiembre de 2022, gestionado por Astur a través de un convenio con BPS para ser implementado en uno de los complejos habitacionales del BPS, con proyección de nuevos centros para el año siguiente.

Es relevante señalar que las medidas de contingencia en el marco de la emergencia sanitaria a causa de la pandemia por COVID 19 afectó de forma significativa, al generar la suspensión de las actividades presenciales en este tipo de dispositivos, lo que complejizó aún más la detección oportuna de situaciones de fragilidad y el desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de vida sobre todo en el colectivo de personas que tiene algún nivel de dependencia y vive sola (SeNCD, 2021). Como contrapartida el personal de los Centros generó iniciativas para mantener el contacto con las personas mayores tales como: entrega de librito con actividades e información, llamadas telefónicas, grupos de celular o interacción en redes sociales.

- **Servicio de Teleasistencia**<sup>27</sup> que tuvo su primera experiencia piloto a partir del 2013 a través de un servicio gestionado en conjunto por el BPS y la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL). Se instaló en 6 Complejos de Viviendas del BPS para personas mayores en 5 localidades: Montevideo, San Carlos, Las Piedras, Fray Bentos y Salto. Actualmente se está en la etapa de implementación general en domicilio bajo la órbita de la SeNCD, y permite tener recibir asistencia a distancia las 24 horas, los 365 días, frente a problemáticas cotidianas, hacer recordatorios o activar un servicio de asistencia médica de emergencia cuando sea necesario.

Es entendido como un servicio de cuidados a distancia prestado en el marco del SNC. Si bien el decreto determina que cualquier persona de 14 o más años en situación de dependencia leve o moderada puede acceder al servicio, se orienta en el caso de personas mayores a aquellas de 70 o más años que tiene dependencia leve a moderada, que viven en sus domicilios, pasan mucho tiempo solas y pueden

---

<sup>27</sup> Si bien existía el servicio desde hace más de 15 años era ofrecido por prestadores privados y no en el marco de los subsidios que ofrece actualmente el SNC.

requerir ayuda en cualquier momento. Funciona mediante una pulsera o collar con un botón que, al ser presionado, permite tanto realizar recordatorios automáticos, como conectar con un centro de atención 24 horas que viabiliza la primera atención y contacta con la persona de referencia, sea familiar, vecino o servicio médico, ya que este servicio no incluye unidad móvil de respuesta a domicilio o televigilancia en domicilio.

El servicio es prestado por empresas privadas debidamente habilitadas seleccionadas, que postularon para tal fin y cumplieron con todas las obligaciones previstas en el decreto mencionado, generando así el Registro de Prestadores de Servicios de Teleasistencia del SNC. El Estado subsidia total o parcialmente el costo del servicio de acuerdo con los ingresos del núcleo familiar del beneficiario. Esta iniciativa se enmarca en un intento por utilizar mayor número de herramientas tecnológicas (como ser las Tablet del plan Ibirapitá), para promover autonomía y resolver las necesidades de apoyo frente a actividades instrumentales. A fines de 2019 este servicio era utilizado por 1371 personas y brindado por 5 empresas habilitadas (SeNC, 2021). Es un servicio bien valorado por quienes lo utilizan por lo que se pretende su extensión a otras personas con discapacidad, personas mayores sin dependencia o con dependencia transitoria (SeNCD, 2021). También se pretende ajustar el servicio en lo que hace a la accesibilidad y aumento de cobertura fuera del hogar.

- **Programa de Asistentes Personales**, incluye la atención a personas en situación de dependencia severa, menores de 29 o mayores de 80 años, tanto para la realización de ABVD como AIVD en su hogar, hasta un máximo de 80 horas mensuales. Comprende también el subsidio total o parcial a las familias que tengan a cargo personas en situación de dependencia severa, para que financien horas de cuidado a personas debidamente formadas y autorizadas por la SeNCD. La determinación de que personas pueden acceder al subsidio se realiza a través del Baremo de Dependencia del MIDES<sup>28</sup>. A setiembre de 2021 este servicio tiene 4463 Asistentes personales trabajando, conformándose en el entorno de los 6000 binomios.

Durante el período 2016-2019 ha existido una alta demanda de este servicio, que repercute positivamente en la calidad del cuidado como en la redistribución de la carga total de cuidados para el cuidador principal que en general es mujer. Quienes prestan el servicio se trata de Asistentes Personales que han de estar debidamente habilitados por la SeNCD, poseer certificado de curso de Atención a la Dependencia emitido por el MEC y haberse registrado en el BPS. A fines de 2019 casi la mitad contaba con la habilitación definitiva siendo la regularización de esta situación uno de los desafíos y prioridades del sistema en la actualidad.

- **Extensión del servicio de atención a PM en situación de extrema vulnerabilidad social** en el territorio, en especial de aquellas en situación de calle. Se trata de un servicio que actualmente se brinda en Montevideo, Canelones y San José y ofrece abordaje multidimensional e interdisciplinario de personas en situación de riesgo alto que acceden por iniciativa propia o a instancia de terceros que detectan la situación y establecen el contacto. En particular se pretende para este quinquenio la implementación del programa de promotores comunitarios de autonomía para aquellas personas en

---

<sup>28</sup> El baremo de dependencia permite clasificar a las personas en función de cuatro grados: severa, moderada, leve, sin dependencia, evaluando la capacidad para realizar ABVD, AIVD, de autocuidado, mantenimiento de la salud y de socialización, así como el grado de ayuda que requiere para realizar las tareas (desde supervisión a sustitución máxima). Con fecha 4 de septiembre de 2017 la reglamentación que orienta la aplicación de dicho baremo fue aprobado por la Junta Nacional de Cuidados, lo que permitió que se realice su aplicación para acceder a los subsidios.

situación de dependencia leve y moderada, potenciando el apoyo para las AVD y el fortalecimiento de la red social.

- Además de los mencionados, hay un importante monto de servicios que son brindados por agentes privados, bajo la forma de **Servicios de Acompañantes en Sanatorio y Domicilio**. Estos servicios, no consideran que compitan con las iniciativas del SNC, sino que las complementan, debido a que el perfil de atención es el cuidado de personas mayores durante la convalecencia hospitalaria, y en particular en horas de la noche (aunque pueden también brindar el servicio en domicilio), a diferencia del SNC cuyas iniciativas se centran en los cuidados del hogar y en los CLE. Existen similitudes en el tipo de tareas en relación con la brindadas por los cuidadores de CLE, incluyendo higiene, movilidad, recreación, estimulación y control de medicación.

Estos servicios actualmente están buscando diversificar la oferta de servicios, mediante propuestas de recreación, estimulación, tarjetas de fidelización que les permiten a la vez que captar nuevos socios, ofrecer más oportunidades de participación social a las PM. Respecto a la colaboración entre estos servicios y el SNC, cabe destacar el convenio firmado entre el Banco de Previsión Social, y la Cámara Uruguaya de Empresas de Servicio de Acompañantes (CUESA) el 6 de mayo de 2015, donde se plantea la posibilidad de que las empresas ofrezcan dentro del Programa de Asistentes Personales a personal propio debidamente acreditado para la labor.

#### **Servicios que implican institucionalización y cuidados residenciales**

- El más difundido son los **CLE (privados con y sin fines de lucro)**, que atienden población con o sin dependencia funcional de 65 o más años salvo excepciones debidamente justificadas. Dentro de los CLE<sup>29</sup>, las residencias (con fines de lucro) son el 75% del total de establecimientos, los hogares (sin fines de lucro) un 7%, un 5% son servicios de inserción familiar (atención de hasta 3 adultos mayores ofrecida por un núcleo familiar) y el 13% restante toma otras formas o no ha podido ser clasificado o fiscalizado (INMAYORES-DINEM, 2015). Siguiendo la lógica de distribución presentada el 90% de las personas institucionalizadas vive en centros con fines de lucro. De acuerdo con INMAYORES (2020) hay solo en el entorno de 82 hogares sin fines de lucro en el país, de los cuales aproximadamente 80 funcionan en convenio con el Banco de Previsión Social, siendo subvencionados por dicha institución (Pugliese, 2013).

La Convención Interamericana de los Derechos Humanos de las Personas Mayores oficia de paradigma a partir del cual se construye el marco normativo de los CLE, así como los mecanismos de regulación. Dado el mayor contralor de los centros de cuidados permanentes que ha realizado el MIDES en conjunto al MSP, se producen en ocasiones cierres temporales que requieren un traspaso de las personas a otro establecimiento que cumpla estándares mínimos de calidad de asistencia. Esto se viabiliza a través de una prestación denominada “Programa de apoyo al cuidado permanente” que es una transferencia monetaria para cubrir el costo del cupo en otro establecimiento privado. Este beneficio se obtiene en caso de no poder acceder a los cupos cama de BPS por no cumplir los requisitos necesarios.

Asimismo, se pretende que los CLE tengan una mayor visibilidad social promoviendo el intercambio intergeneracional y comunitario de las personas que allí residen.

---

<sup>29</sup> La distinción de centros con y sin fines de lucro está explicitada en los artículos 3 y 4 del Decreto 356/016, que Reglamenta el funcionamiento de los CLE.

De acuerdo con Acosta et al. (2018), la oferta pública de cuidados de larga estancia para personas mayores es escasa y su calidad muy heterogénea tanto en la cobertura, accesibilidad como calidad, existiendo centros con un servicio sanitario o de hotelería al que pueden acceder pocas personas, y como contraparte el Estado ofrece escasas y poco legitimadas opciones para quienes tienen menos ingresos.

Desde INMAYORES se ha buscado ajustar los mecanismos de fiscalización, lo que ha permitido detectar situaciones de alta vulnerabilidad de derechos, pero sigue siendo un desafío del SNC continuar el proceso de regularización del sector, aumentando el número de CLEs habilitados de acuerdo con la normativa vigente, de forma tal que el Estado cumpla un rol regulador, punitivo y transmisor del modelo de cuidados de calidad que el SNC promueve (SeNCD, 2021). Esto implica la construcción de indicadores de calidad del servicio, fortalecer la articulación interinstitucional, facilitar el acceso a financiación para la mejora de la infraestructura y equipamiento de los centros, y la capacitación tanto de quienes cuidan como de los gestores de los CLE. A noviembre de 2021 de los aproximadamente 1384 CLE que hay en el país, 170 cuentan con certificado social del MIDES y 93 con plena habilitación tanto de MIDES como de MSP (Redacción 180, 30 de noviembre de 2021). En todas estas cifras hay que considerar el dinamismo con relación a la apertura-cierre de centros y a nuevas habilitaciones. También resulta un dato relevante que a marzo de 2020 se consideraba que existían 109 CLE en riesgo inminente de vulneración de derechos por fallos a nivel estructural, sanitario y/o social (INMAYORES, 2020).

- Se pretende por parte de BPS-MIDES y SNC la generación de dispositivos para la implementación de **viviendas asistidas** como una de las líneas de acción del Plan nacional de Envejecimiento período 2016-2020.

- A nivel de la Administración Estatal o departamental, también existen **cupos cama** en Centros de cuidados permanentes para pasivos del BPS, y el Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”, quien atiende a mayores de 65 años que son usuarios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo.

- Se cuenta también con **7 hogares de ASSE** en otros departamentos que no son Montevideo, que son de cuidado permanente, el Hogar de Pando y el Programa de Fortalecimiento de la Sociedad Civil del BPS. También hay Refugios de 24 horas y 2 refugios diurnos del MIDES para personas con discapacidad y/o dependencia.

#### **Decreto/s vigentes que regulan estos recursos**

Como se mencionó la comisión interinstitucional de regulación de la SeNCD es quien se ha encargado de la formulación de los decretos que reglamentan las iniciativas anteriormente planteadas, todas las cuales se hayan contempladas en la ley 19.353 y su reglamentación bajo el decreto 427 del 2016, relativa a la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, aplicándose en todos los casos a nivel país.

A modo de resumen se destacarán los principales lineamientos de cada iniciativa con énfasis en aquellos aspectos referidos a los requisitos básicos y de capacitación/formación y se hará una presentación más detallada de ámbitos claves para este proyecto como son los CLEs y de Centros de Día.

**El decreto ley N° 428 de 2016 da cuenta de la creación del servicio de teleasistencia domiciliaria y el decreto ley N°117 del 2016 reglamenta el servicio de Asistentes personales** para el cuidado de personas en situación de dependencia severa, ambos a cargo de la SeNCD. En ambos se destacan

funciones de la Secretaría como ser el habilitar y registrar a la personas físicas y jurídicas que presten el servicio, registrar y realizar la valoración de dependencia<sup>30</sup> de quienes postulan como beneficiarios, establecer el subsidio al que se accede en cada caso y establecer mecanismos de evaluación y monitoreo del servicio. También establece las funciones del BPS como ser registrar a los usuarios del servicio, a los prestadores y hacer efectivo el pago de los subsidios.

El decreto 117 da cuenta de los requisitos necesarios para desempeñar tareas como asistente personal a saber: 1) poseer el certificado del curso básico de atención a la dependencia, 2) contar con certificación de competencias emitidas por organismos competentes, 3) ser mayor de edad, contar con certificado de antecedentes judiciales y carnet de salud. También destaca dentro de las obligaciones la participación en instancias de capacitación a la que sea convocado.

El decreto 428 establece que el servicio de teleasistencia implica el suministro, instalación y soporte técnico en el domicilio, así como garantizar la atención a distancia mediante personal capacitado las 24 horas. También destaca que por ser un servicio domiciliario queda por fuera del alcance cualquier tipo de establecimiento de larga estadía. El decreto como se mencionó anteriormente señala que podrán prestar el servicio aquellas empresas que formen parte del Registro de Prestadores de Servicios de teleasistencia previa autorización del MIDES. Finalmente señala que este servicio podrá ser continuado con el de asistentes personales en aquellos beneficiarios cuya dependencia devenga severa.

**Para el caso de los Centros de día el marco normativo vigente** con relación al funcionamiento, fiscalización y habilitación de los Centros Diurnos es el artículo 518 de la ley N.º 19.355. Allí se destaca que es competencia del MIDES la regulación y fiscalización de los establecimientos que ofrecen servicios de cuidado a personas mayores en situación de dependencia o autoválidos, como es el caso de estos centros.

En materia de regulaciones vinculadas a los requisitos para la implementación de estos centros, de acuerdo con información aportada por informante calificado, se toman los pliegos de contratación en el marco de llamados a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs) y/o Cooperativas de Trabajo para gestionar Centros de Día en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

Allí se plantean una serie de exigencias que han de cumplir las organizaciones que se hagan cargo del servicio o que han de ser aportadas por medio de recursos comunitarios (Municipios, Clubes y Organizaciones sociales etc.) entre las que se destacan: a) Local adecuado en materia de iluminación, accesibilidad, calefacción y refrigeración, además de contar con mobiliario y calidad y cantidad necesaria, más allá de una transferencia anual que el SNC hará para tareas de mantenimiento. b) Brindar alimentación si bien las transferencias económicas están a cargo de la SNC. c) Facilitar el transporte ya que se trata de un perfil de población cuya asistencia está determinada por la posibilidad de brindar soluciones a la accesibilidad. d) Equipo de trabajo: el SNC hará las transferencias económicas para la contratación de un coordinador del centro (profesional con perfil social), psicólogo/a, cuidadores/as en una ratio de 1 cada 10 usuarios y auxiliar de servicio. A la vez se prevén 8 horas pagas semanales para la contratación de talleristas o técnicos.

También se destaca que el equipo deberá realizar un reglamento interno del Centro, un Proyecto de Centro que dé cuenta de las actividades y su cronograma a la vez que establece comunicación con las instituciones local de forma de establecer una red de soporte.

---

<sup>30</sup> La valoración para ambos servicios está a cargo del MIDES a través del baremo de dependencia

Cabe destacar que el plazo contractual de los convenios es de 12 meses a partir de la suscripción, pudiéndose renovar por hasta 1 período de 12 meses, previa evaluación favorable de la SeNCD.

**Respecto a la reglamentación actual de los CLE en Uruguay, de acuerdo con la ley 17.066 (Ley Hogares de Ancianos) del 24 de diciembre de 1998** es competencia del MSP la regulación, habilitación y fiscalización de los establecimientos que ofrezcan servicios de cuidados a personas mayores de acuerdo con criterios geriátrico-gerontológicos. Por su parte **el artículo 518 de la ley 19.355 (Ley de Presupuesto Nacional ejercicio 2015-2019), del 19 de diciembre de 2015, asigna al MIDES la regulación y fiscalización en materia social de los establecimientos**, así como determina la necesidad de reglamentar el funcionamiento de los CLE de forma de garantizar un estándar de atención respecto de los cuidados. De esta forma al incluirse el MIDES como organismo de fiscalización de los CLE se incluye una mirada social y no solo sanitaria con relación a los cuidados de las personas mayores en dichos centros.

Ambas leyes derivan en la realización de una **reglamentación que se refleja en el decreto N° 356 del 7 de noviembre de 2016**. En este se destacan funciones de diferentes organismos públicos, así como características y acciones que han de tener o realizar los establecimientos para estar debidamente habilitados. A la vez en las ordenanzas del MSP 483/2017 y 1032/2019 se establecen herramientas que el decreto mencionaba como ser el documento de consentimiento informado, la ficha de usuario o el perfil profesional del responsable del área social.

En los artículos 5 y 6 del decreto 356/016 se explicita que es competencia del MSP la regulación, habilitación y fiscalización de los CLE, siguiendo criterios geriátricogerontológicos, en tanto cabe destacar que es función del MIDES la regulación y fiscalización en materia social de los centros.

A la vez la SeNCD, se encarga de validar las competencias de las personas que trabajan en las instituciones, estableciendo criterios de calidad e inscribiendo a los establecimientos en el Registro Nacional de Cuidados. El MIDES otorga un certificado social de habilitación a partir de fiscalizar que los derechos de los usuarios se respeten, así como el cumplimiento del proyecto de centro y la ratio de los recursos humanos, exceptuando al director técnico y el responsable institucional.

El proceso de habilitación implica una primera fase de registro ante el MSP, una segunda de gestión del certificado social ante el MIDES y la habilitación definitiva por parte del MSP como tercera etapa, donde habrán de incluirse habilitación de bomberos y certificación por arquitecto del estado y adecuación de la planta física (artículos 7 al 14, decreto 356/016). La habilitación será por cinco años renovable sucesivamente.

La reglamentación detalla todos los requisitos necesarios para la habilitación de los centros, en términos formales y prácticos, por ejemplo, respecto a la planta física (confort, seguridad y accesibilidad), pero aquí se hará mención solo a algunos requisitos vinculados al personal a contratar por parte de los CLE (artículos 19, 22, 23).

Se señala respecto a los cuidadores aspectos como: 1) la ratio será de un cuidador cada diez usuarios y de uno cada cinco en caso de personas en situación de dependencia<sup>31</sup>, durante el día y uno cada veinte y diez respectivamente de noche. 2) al menos un cuidador en cada turno ha de saber primeros

---

<sup>31</sup> Para determinar la ratio de recursos humanos destinados a tareas de cuidado, se considerarán personas en situación de dependencia a aquellas que presenten un puntaje de 0 a 40 inclusive, según el índice de Barthel. La valoración funcional para dichos usuarios se hará cada 3 meses y para quienes tienen puntaje de 41 o más cada 6 meses.

auxilios y ha de tener capacitación documentada para la atención de PM, así como pleno conocimiento del funcionamiento del CLE. 3) solo personal con formación en enfermería o habilitados por la SeNC podrán preparar y administrar la medicación a los residentes. 4) los cuidadores han de tener habilitación de la SeNC para desempeñar el rol de cuidador, mediante la realización del curso de atención a la dependencia o la certificación de competencias, así como estar inscriptos en el Registro Nacional de cuidadores. 5) todos los cuidadores han de tener certificado de salud vigente, inmunizaciones al día respecto a la normativa, así como la institución debe conocer sus datos personales, horarios de trabajo y nivel educativo. 6) al momento del registro el responsable del CLE ha de dar detalle de la cantidad y formación de los recursos humanos que contratará, en base a los datos del punto previo.

Como se mencionó la realidad de los CLE actualmente es muy dispar y dado que la mayoría se encuentra en proceso de intimación para la regulación y habilitación en base a la normativa vigente, el decreto plantea algunas disposiciones transitorias, que les permita a los centros que ya están en funcionamiento, adaptarse a la norma. En el artículo 58 da cuenta de aquellos pasos a dar para la formación y habilitación de los cuidadores señalando un período de dos años, para que los CLE tengan al menos un cuidador que cumpla las exigencias establecidas o esté realizando las capacitaciones brindadas por la SeNC, un plazo de tres años para que tengan un trabajador por turno en dichas condiciones y cuatro años para que la totalidad del personal cumpla con lo señalado. Teniendo en cuenta que la oferta formativa para acceder al curso de atención a la dependencia ha sido limitada y que se ha priorizado a los asistentes personales que trabajan en domicilio es que se han establecido sucesivas prórrogas para la formación y para la inclusión y permanencia en el registro nacional de cuidadores de acuerdo con datos aportados por informante calificado. Esta situación es un dato relevante que considerar frente a la posibilidad de desarrollar currículas formativas específicas para estos colectivos, con el objetivo de que realmente habiliten y legitimen el ejercicio laboral en los CLE. En consecuencia, una propuesta formativa de este tipo ha de contar con el apoyo institucional y legal de aquellos organismos del Estado que se encargan de legislar en materias de cuidados.

La reglamentación también establece una importante lista de tareas para el médico geriatra o general que ejerza las tareas de director técnico del establecimiento (artículo 25). Se destacan que será encargado de las historias clínicas de los usuarios y de la realización de la valoración geriátrica integral (VGI), dentro de las 48 horas de ingreso del residente, con una frecuencia semestral para usuarios autoválidos y trimestral para dependientes. Asimismo, diseñará programas de atención y asistencia para los residentes, formulará guías de atención en relación con los síndromes geriátricos, así como protocolos en materia de higiene y alimentación.

En el caso de necesidad de medidas de contención física será su función el decidir el uso o no de las mismas. Una de las funciones del director técnico también alude a permitir o no la libre circulación fuera del establecimiento de los residentes, pudiendo solo argumentar razones médicas debidamente fundamentadas, registradas en la historia clínica y comunicadas al MIDES.

El artículo 28 da cuenta de las funciones del responsable legal del establecimiento, quien se encarga de tareas como mantener las fichas de identificación de los usuarios, garantizar que se presten los servicios ofrecidos, controlar el mantenimiento de la limpieza y confort, controlar el equipamiento y la calidad de las ayudas técnicas, controlar la medicación y su adecuación a las pautas establecidas en la historia clínica, recabar los consentimientos informados de los usuarios, salvo aquellos casos que por incapacidad no puedan firmar el mismo.



Los artículos 29 a 31 dan cuenta de que los CLE han de contratar un profesional del área social (trabajador social, psicólogo o educador social), que trabaja junto al director técnico y tiene tareas de coordinación entre el personal, promover la formación del personal, la participación de las familias, la asesoría familiar o al usuario en materia de derechos, la valoración social en el ingreso, armar redes sociales entre el establecimiento y los recursos de la zona, etc.

En esta reglamentación, se buscó contemplar la perspectiva de derechos de la Convención, por lo que desde el MIDES se plantea un dossier con aquellos derechos de las PM que residen en CLE entre los cuales se pueden destacar: el respeto por la identidad, dignidad humana e intimidad, recibir cuidados de calidad, buenos tratos y protección ante el abuso de poder, no discriminación, ser escuchadas en necesidades y opiniones, firma de consentimiento informado y contrato de arrendamiento de servicios, privacidad, preservar el máximo nivel de autonomía personal, valorar su nivel de dependencia y realizar un programa individual, conocer su medicación y los motivos de la misma, acceder a su historia clínica y evaluaciones, recibir alimentación acorde a su dieta específica, favorecer la libre circulación por los espacios comunes, conservar y disponer de pertenencias personales tanto como sea posible elegir sus visitas, acceder y realizar actividades sociorecreativas y culturales, vivir en un entorno arquitectónico accesible, constituir una comisión de participación con familiares y trabajadores, salir y entrar del establecimiento, no ser sometido a contención física o farmacológica salvo debida indicación y justificación del director técnico médico y dar mínimo 20 días para el realojo en caso de solicitar el abandono del centro (MIDES, 2020).

Todos estos derechos para poder ser ejercidos requieren que los CLE cuenten con personal capacitado a todo nivel desde una perspectiva garantista y que ponga en el centro del abordaje a la persona, ya que implican una especial atención por cada individuo al momento de organizar el servicio.

#### **4.5.5 Características de personas usuarias y trabajadoras de los diferentes recursos**

##### **Las personas mayores en Uruguay**

En Uruguay el envejecimiento de la población y el proceso de transición demográfica son fenómenos que comenzaron hace más de medio siglo, por lo que el país se encuentra en una fase avanzada de dicha transición.

En tal sentido el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2020), da cuenta de que la reducción de la natalidad es un proceso sostenido año a año ya que en el período 1996-2020 se pasó de una tasa global de fecundidad de 2,4 hijos/mujer a una de 1,5 muy por debajo de la tasa de reemplazo generacional que es de 2,1, y en niveles similares a la realidad europea.

En consecuencia, si bien la población del país crece, lo hace a ritmo lento y asociado a un aumento de la inmigración y de la población de mayor edad que ha logrado una mayor sobrevivencia.

Esta combinación de factores hace que Uruguay esté entre los países más envejecidos de América Latina y el Caribe, solo superado por Cuba, con casi un 20% de mayores de 60 años y 14,11% de mayores de 65 años, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística en su censo del año 2011 (Thevenet, 2013). Los datos de la Encuesta Continua de Hogares (INE, 2015) señalan que son 678.000 los mayores de 60 años y 494.754 los de 65 años. Se estima que para 2025 habrá 737.755 personas de más de 60 años y para 2050, uno de cada 4 habitantes tenga más de 65 años (Banco de Previsión Social, 2013a).

Dentro del contexto Latinoamericano y acompañando la tendencia de países desarrollados, Uruguay se caracteriza por tres fenómenos: la feminización de la vejez, el sobrevejecimiento y la urbanización de la población. El Instituto Nacional de Estadística da cuenta de que las mujeres representan el 59,9% de las personas mayores (INMAYORES-DINEM, 2015). Los de 85 y más años representan el 13,2% del total de personas mayores, pero con mayor representatividad de mujeres con un 15,5% con relación al 9,8% de varones. Esto implica que 7 de cada 10 personas mayores de 85 años son mujeres. También se caracteriza por ser el país con mayor índice de envejecimiento de la región con una proporción de 74/100 a nivel país pero que en la capital ya invirtió la proporción situándose en 104/100. Tomando datos del censo de Población 2011 (Brunet y Márquez, 2016), el 87% de los mayores de 60 años viven en el medio urbano (centros de más de 10 mil personas), y dentro de ese porcentaje el 47% se concentra en la capital, Montevideo.

Un cuarto dato que opera como factor de protección para las personas mayores, comparado a otros países de la región es que el 93% de quienes están en situación de dependencia cobran jubilación o pensión, pero como contrapartida el 11% de quienes están en situación de dependencia muy severa no la cobran, lo que los pone en situación de mayor vulnerabilidad (Pugliese y Sosa, 2015).

El elevado porcentaje de mayores de 80 años es un dato fundamental considerando que el principal indicador sociodemográfico para predecir la necesidad de implantar servicios orientados a la población en situación de dependencia es la proporción de personas mayores de 80 años (Gascón y Redondo, 2014), ya que son las que presentan mayor demanda de servicios y factores de riesgo para el mantenimiento de la calidad de vida y la autonomía (INMAYORES, 2016). Este segmento de la población es el que mayor representación tiene dentro de los CLE, dado el aumento de las situaciones de dependencia particularmente luego de los 85 años y la imposibilidad de las familias de dar respuesta cuando la carga de cuidados se intensifica.

En relación con el grado de dependencia<sup>32</sup> de las personas mayores a nivel país, y de acuerdo con los datos aportados por Pugliese y Sosa (2015) a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS; 2013), un 11,3% tiene algún grado de dependencia funcional, siendo 7,3% dentro del universo de varones y 14% en mujeres. Este porcentaje se eleva al 24% en los mayores de 80 años. Las situaciones de dependencia severa alcanzan el 3,2% (INMAYORES-DINEM, 2015). Considerando que hay mayor cantidad de mujeres que de hombres entre las personas mayores y que tienen mayor nivel de dependencia esto lleva a que casi tres cuartas partes del total de personas con dependencia funcional sean mujeres: 74% a 26%. El estudio de Pérez y Paredes (2014) daría cuenta de porcentajes aún mayores detectando 16% de personas mayores con dependencia y 6% de severa a moderada.

Dentro del universo de personas en situación de dependencia un 35% señala dificultad para al menos una AIVD, y un 62% para al menos una ABVD, existiendo un 3% que no se especifica. Al visualizar la distribución de la dependencia por sexo se constata que, si bien son menos los hombres en situación de dependencia, el grado de dependencia de severa a muy severa es mayor que en el caso de las mujeres: 64,2% a 53,3% (Pugliese y Sosa, 2015).

---

<sup>32</sup> A los efectos de evaluar la dependencia se consideró la combinación de dificultad para realizar alguna AVD, sea básica o instrumental y la necesidad de ayuda de otra persona para su realización. El nivel de dependencia estará determinado por la cantidad de áreas afectadas, la frecuencia de ayuda y el tipo de ayuda necesaria (Pugliese y Sosa, 2015).

La ELPS (INE, 2013) destaca que son los desplazamientos fuera del hogar y la realización de tareas domésticas las dos áreas más afectadas, y que un 9% de las personas mayores tiene dificultad permanente para realizar al menos una AVD, porcentaje que sube al 31,6% en los mayores de 85 años.

También asociado a una mayor edad, el número de áreas afectadas, así como la frecuencia e intensidad del apoyo aumentan. En la ELPS se plantea que de aquellos que presentan dificultad para al menos una AVD, el 81% necesita ayuda y el 46% expresa que la necesita siempre, porcentajes que aumentan con la edad. El 58,3% de las personas con dependencia no severa, y el 81,9% de quienes tienen dependencia severa requieren de asistencia personal, es decir, de un/a cuidador/a con capacidad para responder a sus necesidades específicas. De acuerdo con Paredes y Pérez (2014) el 36% de las personas mayores con dependencia severa a moderada no reciben ayudas ni profesionales ni familiares, los que los coloca en riesgo funcional y vital y entre quienes si las reciben el 71,1% provienen de familiares convivientes y de forma diaria en un 78,4%.

De las personas con deterioro cognitivo o demencias a nivel país no hay resultados concluyentes que permitan determinar un porcentaje de las personas mayores que padecen dichos cuadros, ya que los estudios son escasos y con amplias diferencias entre sí, pero partiendo de un mínimo de 2% en la franja 65-70 años, el porcentaje se duplica cada 5 años y supera el 30% en los mayores de 85 años. (Berriel, et al., 2011)

Sobre la base de este estado de situación se describe ahora el perfil de población de personas mayores que son atendidos en los CLE y Centro de día.

Respecto a la población de personas mayores que habitan en CLE, hay una gran dispersión de datos, pero es de destacar los esfuerzos que el MIDES y el MSP han venido realizando para relevar e identificar dichos centros a nivel país. Los datos referidos a la realidad de los establecimientos son dinámicos en lo que hace a cantidad de centros, población atendida y perfiles. Se estima que habitan 18.000 personas en dichos establecimientos, lo que equivale entre un 3-4% de las personas mayores. El último dato censal del 2011 indicaba un 2,53% (Brunet y Márquez, 2016) y de acuerdo con datos del Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento el perfil de quienes habitan en CLE se trata de una población sobre-envejecida, con 70% mayores de 80 años y 44,8% mayores de 85 años, feminizada representando casi 77% del total y con alto grado de dependencia, ya que 57,4% requieren ayuda para las ABVD. A la vez las mujeres muestran mayores niveles de dependencia para las ABVD (59,6% a 50,6%) (INMAYORES, 2015).

En relación con los Centros de día no hay datos sistematizados respecto al perfil poblacional, salvo por lo señalado en el perfil de ingreso es decir personas en situación de dependencia leve y moderada. Se estima en 250 personas en situación de vulnerabilidad social, con dificultades para la realización de las AVD y diversos arreglos familiares (persona que vive sola, en pareja, con familia extendida).

### **Perfil de quienes cuidan personas mayores**

En Uruguay, los resultados de la encuesta de uso del tiempo libre demostraron que en el tiempo global (remunerado más no remunerado) las mujeres trabajan más que los hombres y que es en las tareas de cuidado donde la asimetría se hace mayor. (Batthyány et al. 2013).

El trabajo remunerado en el sector cuidados implica unas 60 mil personas, de las cuales 55% se dedica al cuidado de niños y el 45% al de personas mayores o con discapacidad. Se trata de una población casi exclusivamente de mujeres (95%), con bajos niveles de instrucción y alto grado de informalidad, siendo la regularización de estas situaciones y la capacitación dos de los desafíos del Sistema Nacional de Cuidados (JNC, 2015). De acuerdo con datos de la Encuesta Continua de Hogares del 2017 (en SNC, 2019) el 25,8% de quienes trabajan en residenciales y el 64% de quienes lo hace a domicilio en el cuidado de personas en situación de discapacidad o personas mayores o hace en situación de informalidad.

Aguirre (2013) toma los datos de la Encuesta continua de hogares del 2006 en los empleos de cuidados de otros dependientes predominan edades altas, ya que la mitad de los que cuidan personas que cursan enfermedades y el 41,6% de los que cuidan PM tienen 50 o más años.

También predomina la baja capacitación, ya que el 42,6% de quienes cuidan PM solo completó primaria, 27,5% primer ciclo secundario, 22% segundo ciclo, y solo 7,8% recibió educación terciaria.

La tasa de trabajadores en el sector privado es muy significativa, constituyendo el 97,7% del total, lo que hace aún más difícil la formalización de la tarea, dada la dispersión de las modalidades de empleo y en consecuencia el poder controlar sus condiciones. Por lo que más allá de lo explicitado en la reglamentación de los CLE en relación con los requisitos de contratación, es decir realizar el curso de Atención a la Dependencia y/o validar competencias y estar inscrito en el Registro Nacional de Cuidadores, existe una amplia variabilidad de criterios de contratación y requisitos de acuerdo con el perfil del CLE.

Teniendo en cuenta el estudio de Aguirre (2013) si bien más de la mitad de quienes cuidan tienen su lugar de empleo en el domicilio de las personas a las que cuidan para el caso de cuidados de niños, esta tendencia es menor en PM (43,6%). De hecho, una leve mayoría de las PM reciben cuidado en algún tipo de establecimiento (53,5%).

Con respecto a las horas trabajadas, la carga horaria semanal promedio asciende a 45 horas para el cuidado de PM, superior a las 36 que se da en el caso de niños. Dentro de los establecimientos se trabaja un promedio de 45,5 horas y a domicilio 42,4 horas, frente a las 38,6 y 34,1 respectivamente en el promedio general.

En el estudio de López (2019) realizado con cuidadores formales de CLE de Montevideo, sobre una muestra de 214 casos se destaca que el 95,3% eran mujeres, con un promedio de edad de 40 años, siendo el 24% mayor de 50 años. El 65,3% tienen hijos a cargo, porcentaje que asciende al 80% en la franja 40-49 años, dando cuenta de la doble carga de cuidados de este grupo de población. El nivel educativo es medio-bajo con un 75,6% que declaran no tener ninguna formación académica acreditada más allá de la vinculada a primaria o secundaria primer ciclo. Dentro del restante 24,4%, un 8% tienen curso de auxiliar de enfermería, un 2,3% son licenciados en enfermería y un 10,8% tienen otros títulos<sup>33</sup>.

El 55,4% declara no tener ninguna formación específica en cuidados, un 27,7% declaran cursos cortos sobre temáticas específicas como cuidados paliativos o primeros auxilios y un 16,9% declara haber realizado cursos de más de 90 horas, destacándose el curso de Atención a la Dependencia. De acuerdo con

---

<sup>33</sup> En los casos en los que se respondió que tenían otro título técnico o universitario no vinculado a salud, si bien no era una pregunta concreta de la encuesta destaca un importante número de cuidadores extranjeros que teniendo formación universitaria, emigraron recientemente al Uruguay y ante la imposibilidad de encontrar empleo en su área o poder revalidar el título, acceden a realizar tareas de cuidado.

INMAYORES-DINEM (2015) el 90% de los cuidadores no tienen formación específica en cuidados y el 6,1% tiene algún tipo de capacitación en enfermería. Solo el 29% de los CLE tienen personal capacitado en primeros auxilios en cada turno, contra un 35,7% que no lo tiene en ninguno.

En promedio los cuidadores tienen 8 años de experiencia, pero un 52,1% tiene menos de 5 años de trayectoria laboral. El régimen de contratación más extendido es el de 6 días de trabajo por 1 libre con el 68,1% y en promedio quienes cuidan declaran trabajar más de 40 horas semanales en el 85% de los casos y 78,4% declaran 48 o más horas semanales.

Las tareas realizadas son principalmente de higiene y confort de la persona mayor todas con menciones superiores al 85%. En un segundo escalón aparecen tareas como limpieza de habitaciones y espacios o brindar la medicación con porcentajes superiores a 60%. En tercer lugar, las tareas vinculadas a estimulación psicosocial, recreación, apoyo emocional son mencionadas en porcentajes que oscilan del 9,4 a 14,1%.

A los efectos de este estudio se encuestó a 46 cuidadoras/es de CLE de Montevideo, Colonia y San José donde se evidencia que se mantienen las tendencias señaladas ya que un 93,5% son mujeres, con una edad promedio de 35,5 años. El 43,5% tiene primaria terminada 43,5% ciclo básico y 8,7% bachillerato. El 50% declara no tener formación en cuidados, un 26,1% cursos de menor de 60 horas, 13% de hasta 150 horas y 10,9% de más de 150 horas. Dentro de quienes se formaron en cuidados las menciones a cursos de auxiliar de enfermería, asistente personal del SNC y profesional terciario/universitario sanitario son los de más frecuente mención. Cabe destacar que entre aquellos que recibieron alguna formación vinculada al cuidado el 71,4% declara que es de mucha utilidad para sus tareas.

Respecto a la trayectoria laboral un 47,8% tienen máximo 5 años de experiencia laboral y un 32,6% más de 10 años, pero al visualizar el tiempo en el actual empleo 69,5% no superan los 5 años, lo que da cuenta de la movilidad del personal. El 89,1% tiene un solo día de descanso semanal y un 17,8% declara cuidar hasta 10 personas en su turno. Esto implica que un 82,8% señala que cuida más de 10 personas en su turno por encima de la ratio que de la reglamentación.

Respecto a la remuneración de acuerdo con el Acta de acuerdo del Grupo 15, subgrupo casas de salud y residencias de ancianos con fines de lucro, un/a cuidador/a cobra un salario a enero 2022 por 44 horas semanales como mínimo de \$22.286 y en el caso de trabajar el turno noche a ese valor se sumará un 23% por concepto de nocturnidad. Cabe destacar que el sueldo mínimo en Uruguay es de \$19.364 y que en el sector privado el promedio está en el entorno de los \$42.000. Estos datos dan cuenta de que se trata de un sector laboral con sueldos significativamente bajos en relación con la media.

En este grupo un 76,1% menciona que siente vocación y gusto por trabajar con personas mayores y un 65,2% proyectan seguir vinculados a cuidados dentro de los próximos 5 años.

En resumen, tomando aportes de López (2019), JNC (2015), Aguirre (2013), Batthyány et al. (2013), el perfil del cuidador formal de personas mayores que trabajan en CLE está constituido fundamentalmente por mujeres, siendo heterogéneas las condiciones laborales, remuneración y organización colectiva, lo que también se relaciona con el tipo de establecimiento o relación contractual que establecen. Presentan bajos niveles de formación y capacitación, así como un promedio de edad por encima de otros grupos de trabajadores del sector cuidados. Existe una importante variabilidad de motivos que conducen a la realización de la tarea, muchos vinculados a la facilidad de acceso al empleo por la alta demanda y la baja exigencia formativa, en tanto otro grupo de cuidadoras/es manifiestan realizar la tarea de forma

vocacional. Actualmente el colectivo de cuidadores no constituye un grupo gremial específico (JNC, 2015), aunque sí lo hacen los Asistentes Personales nucleados en el Sindicato Único de Asistentes Personales.

Respecto a los centros de día estos han de contar con un equipo multidisciplinar conformado por: coordinador/a con perfil del área social, aunque sin una formación específica pudiendo ser maestras, trabajadoras sociales, educador/a social, etc., también psicólogo/a, un cuidador/a cada 10 personas (previamente era cada 8) y un/a auxiliar de limpieza, de acuerdo con datos de informante calificada. Es de destacar que quienes ejercen tareas como cuidadores en estos centros son los Asistentes Personales inscritos en el Sistema, que cuentan con el Curso de Atención a la Dependencia, aunque se proyecta a futuro la generación de trayectorias formativas específicas para este perfil de cuidador. También destaca que en función de las necesidades de la población y el proyecto de centro es que se harán las contrataciones de los talleristas u otros profesionales.

A través de la realización de un grupo focal con cuidadoras de un Centro de día, se pudieron identificar algunas características que hacen al perfil de trabajadoras de dicho centro entre las que destacan: vocación y gusto por el trabajo con personas mayores, compromiso con la tarea y clara identificación de sus fortalezas y debilidades para la tarea.

#### 4.5.6 Sistema Formativo con relación a los Cuidados en Uruguay

Como se ha mencionado los requerimientos formativos de aquellos que presten servicios de cuidados remunerados a cualquier de las tres poblaciones objetivo del Sistema de Cuidados, están establecidos en los decretos que regulan el perfil profesional de quienes trabajan sea en domicilio, como en el caso de los Asistentes Personales, o en instituciones como es el caso de los CAIF, CLE o Centro de día.

Desde el SNC (2021) se plantean cuatro ejes estratégicos para buscar la profesionalización y legitimización de quienes cuidan, a la vez que ofrecer las herramientas necesarias para el desarrollo y adquisición de las competencias necesarias.

El primer eje que se ha desarrollado es el Curso de Formación de Atención a la Dependencia, el segundo es la Certificación de competencias laborales de aquellos que ya se encuentran trabajando desde hace años, el tercero la validación de saberes en Atención a la dependencia para aquellos que habiéndose formado quieren integrar el Registro de Asistentes Personales, y por último en relación a la primera infancia se encuentra la formación básica en primera infancia, la formación para casas comunitarias de cuidado y la formación terciaria en primera infancia.

En función de los alcances de este trabajo se dará detalle a las primeras tres estrategias.

El **curso de atención a la dependencia** busca de acuerdo con la JNC (2015) brindar una capacitación específica tanto para el abordaje personas en situación de dependencia como de personas mayores, ya que la formación hasta la puesta en marcha del Sistema de Cuidados era escasa, dispersa y se hallaba en el sector privado, orientada a cubrir las necesidades de formación en función de su nicho de trabajo (principalmente servicios de acompañantes). Es actualmente el único curso aprobado por la JNC y habilitado por el MEC y por UTU para la formación de quienes cuidan personas en situación de dependencia.

La JNC (2015) señala algunos antecedentes, destacando las capacitaciones a través del Programa Nacional de Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, las realizadas por el BPS con el personal de los Hogares que tienen convenio con la institución, y otras capacitaciones organizadas por las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales. Asimismo, resulta crítica al afirmar que el perfil sanitario prima en las capacitaciones, dejando de lado el enfoque social, de derechos y promoción de la autonomía por medio del cuidado, elementos que, si se consideraron en el diseño del curso de atención a la dependencia que se presenta más adelante, donde la perspectiva de humanización transversaliza la malla curricular.

Para este curso fue la comisión de formación de la SeNCD con el apoyo de la subcomisión de formación del Consejo Consultivo quienes se encargaron de la formulación del plan de estudios. La supervisión y contralor de las Escuelas de Capacitación (ECA) de carácter privado que brindan los cursos está a cargo del Ministerio de Educación y Cultura, específicamente a través de la Oficina de Instituciones habilitadas de formación para el SNIC, dependiente de la Dirección de Educación del MEC de acuerdo con datos de informante calificado (comunicación personal, entrevista 1: gestor políticas públicas, 29 de noviembre de 2021). Dicha oficina supervisa realizando tareas de acompañamiento, talleres, supervisión de clases y de la planificación docente en coordinación con el director técnico del curso. La SeNCD por medio del departamento de planificación y seguimiento también realiza tareas de contralor y supervisión que pretende consolidar y ampliar en los futuros cursos. (comunicación personal, entrevista 3: gestor de políticas públicas, 10 de febrero, 2022)

Estos aspectos quedaron determinados por medio del decreto 130/016 donde se aprobó que las habilitaciones y registros de las instituciones privadas que llevarán a cabo las capacitaciones de las personas que cuidan, queda en la órbita del Ministerio de Educación y Cultura tanto para las acreditaciones de saberes del cuidador, certificaciones y mecanismos de habilitación de los centros (SNC, 2017).

Existían de acuerdo con los registros 30 entidades de capacitación (ECA) habilitadas por el MEC: 8 en Montevideo y 22 en el interior, pero de acuerdo con datos de informante calificado actualmente son menos de 15 las que están plenamente habilitadas (comunicación personal, entrevista 3: gestor de políticas públicas, 10 de febrero, 2022). También, debido a la falta de ECAs habilitadas en algunos departamentos se hicieron gestiones para brindar el curso en el ámbito de la oferta pública a través del convenio entre ANEP el Consejo de Educación Técnico Profesional (CETP-UTU), e INEFOP, gestionándose así 10 nuevos espacios de formación (SNC, 2020; SeNCD, 2021). Estos últimos no son supervisados por el MEC, pero sí por la SeNCD e INEFOP. Si bien no se ha cubierto el acceso a cursos en la totalidad de los departamentos del país el número asciende a 14 en 2019 (SeNCD, 2021). teniendo en cuenta que este año se están realizando nuevos cursos que cubrirán a 1800 personas cuidadoras se espera que el número de ECAs habilitadas aumente en función del llamado realizado a mediados de este año.

Con datos de 2019 se estima que hay más de 30.000 interesados en realizar el curso de atención a la dependencia (SNC, 2021), dato que alcanza casi los 40.000 en la actualidad. Algunos indicadores de años anteriores señalan que siguen siendo mayoría de mujeres con el 92% de las postulaciones y que 47% están en el tramo de 30 a 49 años. El 66,1% de los postulantes no supera ciclo básico completo lo que da cuenta de porcentajes similares a los presentados anteriormente en el perfil de cuidadores de CLE. También destaca que el 75% de quienes muestran interés trabaja (31,7%) o trabajó previamente (45,7%) en tareas de cuidado (SNC, 2021).

Un dato para considerar es que, si bien se pide para la realización del curso el tener primaria completa, no es un requisito excluyente y hay un 2,5% de postulantes que no lo cumplen, lo que no resulta impedimento ya que se puede realizar la formación (que incluye un módulo de nivelación) y acreditar primaria posteriormente de forma de acceder al diploma y a la habilitación para ingresar al registro de asistentes personales.

Respecto a las necesidades formativas del Sistema se estima que será necesario formar entre 20 y 30 personas para el trabajo en los actuales centros de día en funcionamiento. En relación con los CLE serían 5100 cuidadores/as para cumplir con lo establecido por la reglamentación vigente, y se plantea la formación o certificación de competencias de 4000 asistentes personales para cubrir la demanda de atención en domicilio.

En febrero de 2022 se dio comienzo a 10 nuevos cursos, con 25 cupos por departamento a través del convenio entre MIDES INEFOP y UTU. El objetivo para el año, mediante fondos de INEFOP es profesionalizar a los 1800 cuidadores que ya están en el Sistema trabajando, pero sin la capacitación y aptitudes necesarias para la labor (Krall, citada por El País, 25 enero 2022). Para esta instancia y al aumentar significativamente los cupos se trabaja conjuntamente con UTU y con las ECA (comunicación personal, entrevista 3: gestor de políticas públicas, 10 de febrero de 2022).

En segundo lugar, **la certificación de competencias ocupacionales** está a cargo de la Comisión Nacional de Certificación Ocupacional denominada “Uruguay Certifica”, creada a partir del Decreto N°340/18, de octubre del 2018. Su objetivo es que se reconozca la trayectoria y capacidad laboral, los conocimientos, habilidades y actitudes de aquellos que tienen, en este caso, a las tareas de cuidado como perfil ocupacional, mejorando así sus condiciones de empleabilidad y habilitando su inscripción en el registro de asistentes personales.

La persona se postula, o la institución a la que pertenece lo hace, y de cumplir con los requisitos para la evaluación comienza el proceso donde un experto determinará aplicando diversos instrumentos si la persona posee o no las competencias requeridas, en base a un perfil ocupacional determinado por la SeNCD. El Comité de certificación de competencias laborales está integrado por MTSS, INEFOP, CETP-UTU, PIT-CNT y SNC<sup>34</sup>. De esta forma puede suceder que la persona obtenga la certificación o se le ofrezca una trayectoria de capacitación que le permita alcanzar dicho perfil aspecto que estará a cargo de INEFOP.

Para que un CLE postule trabajadores ha de estar habilitado o en proceso de habilitación, obteniendo al menos el Certificado de Registro del MSP. Los postulantes han de tener una antigüedad de 6 meses en la Institución y al menos 3 años de experiencia en el período de los últimos 10 años, así como no podrán estar realizando el Curso de Atención a la Dependencia.

De acuerdo con datos del SNC (2021), en 2018, 159 personas iniciaron el proceso de certificación y 113 personas certificaron sus competencias, en tanto en 2019, 244 inscritos están en proceso. Hacia fines de octubre de 2021 terminó el último período de postulación de parte de los CLE para certificar competencias laborales de sus trabajadores.

---

<sup>34</sup> El documento Perfil Ocupacional de personas que cuidan (SNC, 2018) oficia de guía para el proceso de certificación de competencias laborales, teniendo en cuenta módulos de competencias similares a los planteados en el curso de atención a la dependencia. Para acceder al documento: <http://www.inefop.org.uy/Capacitarse/Si-quieres-certificar-tus-competencias-laborales-uc1709>



Datos aportados por informante calificado dan cuenta de que el último proceso de certificaciones para 250 personas se hizo con el asesoramiento del Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH) y destacó que en un importante número de casos la evaluación daba cuenta de la necesidad de realizar el curso completo.

En tercer lugar, **para la validación de competencias en función de formación previa**, el procedimiento se hace ante el MEC que es quien determina si es total o parcial, siendo competencia de INEFOP ofrecer los cursos complementarios en caso de validación parcial. Sobre la base del diseño curricular básico del curso de atención a la dependencia se establece una equivalencia en contenidos y carga horaria con la formación previa (con independencia del lugar donde fue adquirida), en un formato similar a lo que se entiende por reválida. Teniendo en cuenta que existían formaciones en cuidado que oficiaron de antecedentes para el curso de atención a la dependencia esta modalidad permite a quienes ya habían realizado estos u otros cursos privados, que se les reconozca su trayectoria formativa (SeNCD, 2021).

En base a datos del SNC (2020, 2021) se estima que 4181 personas completaron o validaron el curso en atención a la dependencia o certificaron sus competencias.

Por último, es de destacar que desde la SeNCD se promueven cursos de formación permanente de duración breve y temáticas concretas para quienes ya han realizado cursos previos. En el 2019 se realizaron 13 talleres donde participaron 376 personas sobre un total de 1078 interesados. Los cursos abordaron temas tales como discapacidad y derechos humanos, primeros auxilios, técnicas de seguridad y movilización, acoso sexual laboral, etc. (SeNC, 2021).

#### **Formaciones oficiales y no oficiales de capacitación en cuidados**

Se presentarán a continuación cuatro propuestas formativas: a) el curso de atención a la dependencia que se trata de la única formación oficial que habilita al ejercicio laboral como cuidador o asistente personal; b) el curso de auxiliar gerontológico y animador gerontológico brindados por el Instituto de formación gerontológica, habilitada por el MEC desde hace más de 20 años, ya que se trata de cursos que son frecuentemente realizados por cuidadores de ELEPEM y de existencia previa al Sistema de Cuidados; c) el curso de Asistentes de Cuidados para Personas Mayores ofrecido por la Institución Ginkgo: darle vida a los años, debido a que es un curso declarado de Interés Ministerial por el MIDES y a que su enfoque parte de la atención centrada en la persona, d) el curso brindado por el MSP titulado Rol del cuidador - Capacitación en situaciones frecuentes en Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM), considerando que es específico para la población objetivo de la consultoría y que se trata del único en modalidad virtual asincrónica.

También, si bien no se trata de cursos estructurados, se dará cuenta de dos iniciativas de particular interés para esta propuesta curricular. En primer lugar, los espacios formativos realizados por el Departamento de Capacitación y Sensibilización de INMAYORES, por abordar temáticas de particular interés en el marco de las posibles currículas formativas.<sup>35</sup> En segundo lugar se dará cuenta de las Guías de capacitación que se desarrollaron para los técnicos que trabajaron en los Centros CREA.

---

<sup>35</sup>Al final del documento se adjunta tabla 5 a modo de resumen: con los datos más relevantes de las propuestas formativas orientadas a cuidadores/as.

## **Curso de atención a la dependencia**

### **Antecedentes**

La formulación de este curso se valió de insumos y experiencias previas (JNC, 2015) como ser el curso para cuidadores de personas mayores o con discapacidad que en 2013 se brindó en Salto mediante una articulación interinstitucional que incluía al BPS, MSP, MIDES, MTSS, SNIC y Fundación Astur.

Dicho curso constaba de 96 horas de duración, tres veces por semana, 4 horas distribuidas en 8 semanas. En este ya se consideraba, aunque no se jerarquiza, el promover la autonomía de la persona mayor y el acompañamiento y asistencia frente a las AVD, pero aún no aparecía explicitado el enfoque de atención centrada en la persona con tanta claridad como en el curso de atención a la dependencia. (BPS, 2013b)

Entre sus contenidos destacan: a) la perspectiva humanizadora del cuidado y la valorización del rol del cuidador; b) elementos de gerontología social como estereotipos, derechos, abuso y maltrato; c) elementos de geriatría dentro de lo que se incluía la construcción del vínculo cuidador-persona cuidada, herramientas para la provisión de cuidados vinculados a higiene, confort y alimentación y aspectos generales de procesos biológicos y fisiológicos asociados al envejecimiento. También conocimientos vinculados a los principales síndromes geriátricos y enfermedades crónicas prevalentes: d) elementos de la organización social del cuidado, derecho laboral y seguridad social. (BPS, 2013b)

### **Generalidades y marco de inserción institucional**

El curso de atención a la dependencia se trata del único que actualmente habilita a nivel de lo que es el SNC para el ejercicio como cuidador de personas en situación de dependencia, tanto en domicilio como a nivel institucional, siendo a la vez el requisito de capacitación que se solicita a nivel de la reglamentación de los CLE y Centros de día en relación con la formación técnica del personal. Se trata de una propuesta de formación para adultos en un formato educativo que no se acota solo al ámbito de la educación formal, sino que toma elementos de la formación permanente y continua, en el entendido que personas en muy diversas situaciones de trayectoria educativa pueden acceder al mismo.

Este diseño fue aprobado por el MEC para su implementación desde el 2016 por parte de las ECA y por el Consejo de Educación Técnico profesional (CETP), reconociendo esta formación dentro del sistema público formal de educación técnica en el marco de las UTU como se mencionó anteriormente.

En el diseño curricular (SNC, 2016a) se plantea que este “se desarrolla en base al perfil ocupacional que fue acordado en la comisión de formación dependiente de la Secretaría de Cuidados en la órbita de la Junta Nacional de Cuidados” (p.20).

Actualmente desde la SeNCD se está comenzando un proceso de revisión de todo el programa de Asistentes Personales lo que incluye las estrategias formativas para estos, pero aún no hay una nueva malla curricular.

Respecto a su perfil de egreso, el curso capacita para desarrollar asistencia personal y cuidado de la persona en situación de dependencia frente a ABVD, AIVD y AAVD, promoviendo la autonomía, atendiendo sus intereses desde una perspectiva de derechos humanos, género y salud integral.

### **Carga horaria y población destinataria**

Hasta la fecha, para la formación de cuidadores orientados a personas en situación de dependencia sean mayores o no, se está llevando adelante una currícula de 150 horas distribuidas en 4 módulos: cursos de nivelación (20 horas), proyecto ocupacional (30 horas), formación profesional (90 horas) y prácticas formativas (12 horas) (SNC, 2016a).

Este curso no es específico para el trabajo con población de personas mayores, sino que pretende abarcar cualquier persona en dicha situación a lo largo del ciclo vital, si bien en el diseño curricular puede visualizarse cierto sesgo en los contenidos que prioriza la atención de las personas mayores, aspecto que confirman los informantes calificados tanto vinculados a organismos públicos como de entidades capacitadoras.

Las 150 horas del curso al momento de su creación respondía, de acuerdo con los informantes calificados vinculados al ámbito político, a las características de la población que se buscaba incluir en el sistema y a la necesidad de generar un curso accesible que cumpliera una meta cualitativa de calidad y una cuantitativa de cantidad de personas formadas. En el documento de la propuesta curricular se aclara que se trata de una formación que deberá de integrarse en un trayecto formativo más amplio, que permita adquirir nuevas competencias y una mejor inserción laboral.

El curso está dirigido a mayores de 18 años, con primaria completa (no excluyente), con y sin experiencia o formación previa, aunque dadas las limitaciones para la asignación de cupos se priorizan personas que ya estén inscritas en el Registro de Asistentes Personales trabajando en binomios en el hogar o en el registro Nacional de cuidados, si trabajan en CLE como cuidadores. Se ha de tener cédula de identidad vigente, así como carnet de salud para la realización de las prácticas formativas.

#### **Enfoque epistemológico, formativo y metodológico**

El enfoque epistemológico del curso sigue los lineamientos expresados en los principios del SNC es decir la promoción y protección de los derechos de ambos integrantes del binomio cuidador-cuidado, el procurar cuidados que promuevan la autonomía del receptor de cuidado y la humanización del vínculo, centrando todo el proceso formativo en fortalecer los mecanismos de una relación de cuidado positiva para ambos integrantes.

La formación tiene un enfoque sociosanitario y ha de integrar la perspectiva de derechos humanos, género, étnico-racial y generacional, lo que implicó un desafío al momento de generar una currícula que responda a esa intencionalidad estratégica.

La propuesta plantea 42 competencias de egreso considerando todos sus módulos, que se desarrollan considerando 3 estrategias formativas centrales: a) articulación teórico práctica vinculando el proceso formativo con las condiciones laborales reales; b) currícula por módulos que potencien la articulación entre ámbito laboral y educativo; c) evaluación por módulo para dar cuenta de la adquisición de conocimientos y habilidades. (SNC, 2016a)

Desde el punto de vista metodológico se plantean diversas estrategias que promuevan el intercambio de saberes, la reflexión y análisis sobre la práctica, procurando que los aprendizajes sean significativos. Para esto han de articularse instancias de comunicación de contenidos teóricos con momentos de prácticas a través de simulaciones, ejercicios grupales e individuales, observación entre pares y análisis de resolución de situaciones problemáticas cotidianas (SNC, 2016a).

Dentro de las principales estrategias didácticas expresadas en el plan de estudio destacan: exposición teórica, lecturas teóricas, trabajos individuales y grupales teórico-prácticos, análisis de registros audiovisuales, análisis de casos, dinámicas grupales, prácticas de laboratorio, visitas a instituciones.

La estructura que señala uno de los informantes calificados como más frecuente en las clases es de una primera parte expositiva con soporte de PowerPoint y una segunda analítica a partir de las experiencias, señalando que cuando el conocimiento se lleva al aspecto práctico, al ejemplo, a la vivencia compartida o a soportes visuales el aprendizaje es más significativo.

Esto se ha de complementar con la formación práctica en centros donde pueda poner en acción los conocimientos adquiridos en la formación.

Respecto a la evaluación el curso plantea una instancia acreditativa al final de cada módulo, integrando contenidos teóricos y prácticos, sin perjuicio de que las ECAs puedan plantear pruebas parciales teóricas de acuerdo con el criterio docente o los módulos. También se realizará una evaluación final de desempeño en relación con las destrezas y competencias adquiridas por parte del equipo docente.

En todas las instancias la asistencia es obligatoria y con un mínimo de 80% para la aprobación, pudiéndose justificar la inasistencia por causas debidamente comprobadas (ej.: donar sangre, fallecimiento de familiar directo, etc.). En el caso de las instancias prácticas la ratio no podrá superar los 20 alumnos por docente y en las teóricas el mínimo es 15 y máximo 25.

Los cursos se estructuran en jornadas de un máximo de 4 horas y un mínimo de 8 horas semanales, por lo que duran en el entorno de los 4 meses, variando en función de cómo estructura el curso cada ECA o UTU.

### **Perfil docente**

Desde el diseño curricular (SNC, 2016) se plantea que los docentes actuarán como facilitadores del proceso de aprendizaje cumpliendo con funciones y desarrollando competencias tales como: reconocer el conocimiento y experiencia de los participantes, para su inclusión en el diseño de las actividades de formación. Promover la participación, confianza, expresión y reflexión respetando los tiempos personales. Estimular el intercambio de ideas, favoreciendo la detección de fortalezas y debilidades y el aprendizaje significativo. Evaluar los procesos de formación y aprendizajes logrados, así como hacer seguimiento de los estudiantes en todo el curso.

El perfil docente del curso plantea una perspectiva interdisciplinaria con docentes tanto del campo social como sanitario, que son quienes concentran la mayoría de las horas a dictar, pero con la participación de otros perfiles con menor carga horaria que enriquecen la formación (SNC, 2016b).

En tal sentido se establecieron 4 perfiles docentes, priorizando contratación de personal que tenga experiencia de educación con adultos, a saber<sup>36</sup>:

Profesional del área salud con experiencia en cuidados que en lo posible tengan experiencia en trabajo o formación de personas en situación de dependencia, discapacidad o personas mayores y con experiencia de cuidados en domicilio e instituciones. Se priorizan perfiles de salud tales como: Lic. en

---

<sup>36</sup> No se contemplan aquí las 50 horas de los cursos de nivelación y proyecto ocupacional.

enfermería, Lic. en Nutrición, Lic. en Psicología, Lic. en Fisioterapia y Técnico prevencionista o Lic. en Salud Ocupacional. La carga horaria de este perfil asciende a las 54 horas.

1) Profesional del área social con formación en género y DDHH, pero sin aclaración de un perfil formativo específico. La carga horaria de este perfil puede ascender a las 15 horas.

2) Profesional vinculado al derecho laboral y seguridad social, sin requerimientos específicos formativos y que pueden ser Abogado/a o Lic. en Relaciones Laborales. La carga horaria de este perfil asciende a las 11 horas.

3) Profesional del área de la educación física, recreación y deporte, sin requerimiento específico formativo y con experiencia en trabajo con personas en situación de dependencia y conocimiento de derecho, género y generaciones. La carga horaria de este perfil asciende a las 10 horas.

### **Estructura del curso**

Como se mencionó el curso se estructura en 3 bloques formativos, cada uno con diversos módulos y subunidades. Al finalizar hay una práctica formativa que oficia de cuarto bloque.

**El bloque formativo A: “Nivelación de lecto-escritura y cálculo” de 20 horas es unimodal y tiene** como objetivos entrenar la capacidad de comunicación oral asertiva (6 horas), fortalecer los procesos de lecto-escritura (8 horas), razonamiento lógico-matemático y resolución de problemas (6 horas). Se trata de un bloque necesario en función del perfil de quienes acceden al curso que como se mencionó presentan bajo nivel educativo y una trayectoria sin continuidad previo a realizar la formación. En el caso de futuras formaciones este módulo no sería una prioridad.

**El bloque formativo B: “Proyecto ocupacional” de 30 horas se compone de 3 módulos formativos** consecutivos que buscan un análisis de la situación inicial de los participantes en relación con su capacidad para acceso al empleo, el análisis de fortalezas y debilidades, el desarrollo de competencias transversales de comunicación y la formulación de un proyecto ocupacional con miras a la inserción laboral. Los tres módulos que lo componen son: Análisis de punto de partida (8 horas), preparándose para realizar tareas de cuidado en el marco del SNIC (14 horas) y Plan de acción (8 horas). Se entiende que al igual que el bloque anterior su realización no sería pertinente para aquellos que ya hayan realizado esta formación.

**El bloque formativo C: “Formación en cuidados: atención a la dependencia” de 90 horas se compone de 4 módulos formativos** y es donde se aborda el desarrollo de las competencias necesaria para el ejercicio del rol como cuidador (SNC, 2016a).

**Módulo 1: el cuidado de personas dependientes desde la concepción de los DDHH y la perspectiva de género, su duración es de 15 horas y se divide en dos unidades temáticas.** Permite conocer la normativa vigente en materia de cuidados a personas en situación de dependencia, los tipos de dependencia, los modelos de atención, tipos de discapacidades, aspectos recogidos en la Unidad 1.1. También reconocer las necesidades de las personas de acuerdo con sus características y contextos ya que **la Unidad 1.2 aborda los conceptos de envejecimiento y vejez y las principales características biológicas y psicosociales, así como los estereotipos y la sexualidad. También aborda el concepto de las discapacidades y su clasificación, así como el concepto de capacidad funcional.**

**Módulo 2: tareas y cometidos de quienes cuidan**, identificando las necesidades de cuidados en relación con las ABVD, AIVD y AAVD, técnicas de movilización, alimentación, confort, higiene, suministro de medicación y control de signos vitales. Se menciona el abordaje de los estereotipos por parte del cuidador y su rol como agente promotor de salud. **Su duración es de 54 horas y se divide en tres unidades temáticas**, estando la primera orientada a la elaboración de un plan de trabajo individual en conjunto con la persona en situación de dependencia, equipo y/o familia (6 horas). La segunda orientada a la organización del entorno de trabajo, mobiliario e insumos, normas de higiene y seguridad y prevención de riesgos (12 horas).

**La tercera subunidad insume 36 horas e implica identificar las funciones inherentes al cargo a partir de conceptualiza el perfil de quien cuida, sus roles y funciones y los principios que orienta su intervención.** Se aborda la relación de ayuda y la promoción de la autonomía, así como técnicas de comunicación. También se abordan técnicas y elementos para la bioseguridad y seguridad psicosocial del cuidador.

Referido a los cuidados se abordan los elementos de higiene y confort, técnicas de movilización, traslado, transferencias y deambulaci6n., manejo técnicas de eliminaci6n. Asistencia frente a las AVD. El cumplimiento del plan terapéutico: detección y lectura de signos vitales. Alimentaci6n y dieta, ayudas técnicas y primeros auxilios. Destaca que en el perfil docente se prioriza para toda esta unidad al/la licenciado/a en enfermería, aunque se pueden contemplar otros perfiles como ser nutricionista o fisioterapeuta.

**Módulo 3: Ocupaci6n de tiempo libre y de ocio de las PM en situaci6n de dependencia**, identificando y promoviendo la participaci6n de la PM en redes sociales, actividades físicas y de estimulaci6n cognitiva, así como recreativas, culturales, laborales, lúdicas, etc. **Tiene una duraci6n de 15 horas y se divide en 3 unidades de 5 horas.** La primera aborda el concepto de red social y relacionamiento tanto orientado al receptor de cuidado como su familia y está a cargo de un técnico del área social. La segunda aborda la estimulaci6n de la actividad física y cognitiva pudiendo estar a cargo de un técnico del área social o profesor de educaci6n física. La tercera unidad se centra en la gesti6n del tiempo libre y de ocio en funci6n de los intereses de la persona en situaci6n de dependencia y está a cargo de un técnico el área social o recreador.

**Módulo 4: Derechos, deberes y obligaciones de las personas que cuidan y de los empleadores**, profundizando en las leyes laborales actuales, los tipos de contrato, los derechos y obligaciones de ambas partes y el cálculo de rubros salariales. Tiene una duraci6n de 6 horas en una única unidad y está a cargo de un licenciado en relaciones laborales o abogado con perfil laboralista.

El último bloque **es la práctica formativa, de 12 horas de duraci6n**, cuyo objetivo es la consolidaci6n e integraci6n de los conocimientos a partir de una instancia de trabajo en situaciones laborales reales. La planificaci6n de cada práctica se organizará en funci6n de las características de cada establecimiento y cada estudiante planificará actividades a desarrollar que serán evaluadas y seguidas por el orientador.

**Cursos Auxiliar Geriátrico y Animador Gerontológico. Instituto de Formaci6n Gerontológica del Uruguay (IFGU)**

### **Generalidades y marco de inserción institucional**

Se toman los cursos de dicho Instituto como antecedente de formación gerontológica en cuidados en el país, considerando que se trata de una propuesta académica que desde 1994 se imparte en el país, lo que implica que antecede a la aparición del curso de atención a la dependencia y al Sistema de cuidados.

La información a continuación surge de la entrevista con quien realiza las tareas de coordinación docente en la Institución, complementada con los lineamientos generales de sus planes de estudio.

El IFGU está inscrito con el N°2045 en el Ministerio de Educación y Cultura como institución educativa con personería jurídica en el área de la educación no formal.

La institución organiza varios cursos breves, charlas y seminarios de forma periódica y tiene dos cursos permanentes: **Auxiliar Geriátrico y Animador Gerontológico**. En el diseño de dichos cursos estuvieron involucrados varios profesionales de distintas profesiones todos con formación y experiencia en el área geriátrica y gerontológica, además de personas mayores cuyos insumos fueron tenidos en cuenta al momento del diseño.

### **Carga horaria y población destinataria**

Ambos cursos están orientados a la capacitación de familiares, personas interesadas en su propio desarrollo, y personal voluntario o rentado. La metodología incluye actividades en el aula (exposiciones, talleres, trabajos grupales) y en la comunidad (residencias de larga estadía, grupos barriales y gimnasios).

El curso de auxiliar geriátrico está orientado a la formación de personal que se realiza tareas de cuidado directo en domicilio o en instituciones como pueden ser CLE a personas que se encuentran en situación de dependencia.

El curso de animador gerontológico está orientado a capacitar a personas que trabajen principalmente con personas en el ámbito comunitario, brindando insumos en relación con recreación, desarrollo de la creatividad y motivación, mediante propuestas de estimulación e integración social.

La población que asiste a los cursos es heterogénea con relación a la motivación, vocación frente a la tarea y vía de acceso. Hay quienes lo hacen de forma voluntarios a título personal y también llegan trabajadores de instituciones que son enviados por los responsables de los establecimientos, lo que de acuerdo con la informante puede influir en la motivación.

**Como requisito de ingreso se exige primaria mínimo**, pero asisten personas desde ese nivel hasta terciario, lo que sucede con más frecuencia en los cursos de animador gerontológico. Muchos de los asistentes están insertos en el campo laboral y tienen una importante carga horaria, de hasta 16 horas lo que influye en cómo se han de dar los cursos desde lo metodológico. Destaca que, si bien desde las instituciones en ocasiones liberan tiempo para que asista el personal al curso, este tiempo tiene que ser recuperado por los cuidadores en la institución en otros días y horarios con la consiguiente recarga de tareas que esto implica.

**Cada curso tiene 3 meses de duración, van 1 vez por semana, dura 120 horas y participan entre 10 a 20 participantes.** Un dato relevante es que la mayoría de quienes cursan realizan ambos cursos, recibiendo así una formación de 240 horas. La decisión de que no se unifiquen responde a que en la diversidad de población destinataria hay quienes no muestran interés en los aspectos de cuidado sanitario.

### **Enfoque epistemológico, formativo y metodológico**

De acuerdo con la entrevistada el enfoque parte de una definición de cuidar que se relaciona con ser capaz de identificar las necesidades en el otro, conocer las propias limitaciones respecto al cuidado y acompañar el proceso de la persona.

Dentro del curso de auxiliar geriátrico los contenidos y prácticas tienen como objetivo formar en competencias para el cuidado en lo referido a la asistencia personal dependiendo del grado de dependencia que tenga la persona que se cuida. Para esto se considera clave la formulación de planes de trabajo ajustados a cada persona y al contexto, sea domiciliario o institucional, delimitando las áreas en las que el cuidador debe tener incidencia. Se identifican así las apoyaturas o el acompañamiento en lo referido a los cuidados para las ABVD y AIVD, que le permitan a la persona receptora el cuidado poder recuperar en la medida de lo posible su independencia.

Los conceptos de autonomía, independencia funcional y libertad de la persona en situación de dependencia aparecen como jerarquizados dentro del enfoque epistemológico de los cursos. También el de derechos de ambos integrantes del binomio de cuidados.

También una formación con un fuerte contenido práctico, y enfocado en que quien cuida sea capaz de realizar una valoración de las necesidades del otro, como condición para planificar las tareas y delimitar sus roles, y las diferencias sea la atención en establecimientos o a domicilio.

Como se mencionó la alta carga horaria laboral de muchos de los asistentes requiere que desde las estrategias metodológicas las instancias sean dinámicas y participativas.

Dentro de los aspectos metodológicos se privilegia el intercambio de saberes a través de la participación de los participantes. Se utilizan estrategias como aprendizaje basado en problemas de forma de construir soluciones colectivas a situaciones cotidianas, ya que resulta una metodología que genera interés y mejora la atención.

El curso de animador gerontológico se orienta a recreación y creatividad como ejes centrales. La modalidad taller vivencial resulta una estrategia didáctica privilegiada donde se transmiten diferentes técnicas como ser manualidades, laborterapia, danza, educación física, música, taller literario, conformando así una *valija de herramientas*, tanto real como virtual para la intervención.

Ambos tienen temas en común y de hecho el curso de auxiliar geriátrico se alimenta de ciertos contenidos del otro curso de forma de tener herramientas que pueden incidir positivamente en el vínculo y el cuidado, ampliando así el enfoque de cuidado sanitario a aspectos sociales y vinculares.

El curso plantea horas teóricas y prácticas, pero no se explicita cuántas hay de cada modalidad y se consideran prácticas las horas en instituciones, así como también las de modalidad taller en el aula donde a través de simulaciones se transmiten técnicas. Las prácticas en campo se realizan a nivel de CLE o en grupos comunitarios.

También se realizan talleres con instituciones invitadas sobre temas como por ejemplo baja visión, barreras arquitectónicas y accesibilidad.

**Respecto a la evaluación** considerando que hay una currícula teórica y práctica que se tiene que cumplir, hay controles parciales. y un control final, ya que, si bien es un curso corto, tiene mucho contenido.



También se aplican técnicas de evaluación como controles de lectura y práctica, a partir de la observación. También se evalúa por medio de la elaboración de productos y propuestas en lo que es el curso de animador gerontológico.

El curso tiene un bajo nivel de abandono, puede no aprobarse, aunque es poco frecuente y se da más que nada por inasistencia. Se le hace un seguimiento y observación de cada proceso por lo que se identifican a tiempo situaciones que puedan impedir el seguimiento y logro del curso.

#### **Perfil docente**

El staff docente es amplio acorde al enfoque interdisciplinario que se pretende transmitir: geriatra, gerontólogos, maestros especializados en educación de adultos, profesores de educación física, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, licenciada en enfermería, sociólogo, trabajador social, psicomotricista, laborterapistas, psicólogos y abogados. También hay talleristas como ser de danza. La variabilidad de los perfiles responde a la especificidad de los temas a abordar.

Los cursos incluyen dentro del staff docente la figura del orientador familiar, tanto para brindar herramientas vinculadas a lo que es la inserción del trabajador en el domicilio, el trato con las familias y la detección de situaciones de negligencia o maltrato.

#### **Estructura del curso**

En ambos cursos hay temas y materias en común para luego diversificarse en función del objetivo de cada curso.

Hay contenidos transversales que son jerarquizados por la entrevistada a saber:

comunicación y relacionamiento, primero entre pares, dentro de la institución y con los residentes en CLE, o con la persona y familia en domicilio. El concepto y finalidad del trabajo en equipo, la delimitación de roles, tareas y jerarquías también se jerarquiza aquí como elementos centrales para el funcionamiento y comunicación entre los integrantes. Conocimientos básicos en relación con envejecimiento y vejez son compartidos por ambos cursos, así como el abordaje humanizado, la ética de los cuidados y el abordaje multidimensional de la persona mayor.

#### **De los contenidos que en ambos cursos se brindan destacan los siguientes:**

1. Envejecimiento normal y patológico. Aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos. Calidad de vida
2. Comunicación
3. Demencias. Identificación y abordaje integral.
4. Ética. Derechos. Humanización de los cuidados. Maltrato
5. La persona mayor, la familia, la comunidad. el entorno físico y social, movilidad.

#### **En el curso de auxiliar geriátrico se destacan contenidos como ser:**

1. Rol del Auxiliar Geriátrico. Integración en el equipo interdisciplinar.
2. Valoración integral. Concepto de Vulnerabilidad. Patologías más frecuentes.
3. Barreras arquitectónicas

4. Cuidados de atención directa en domicilio y estancia de larga estadía.

Institucionalización

5. Autovalidez y Dependencia. Cuidados paliativos. Urgencias.

6. Estrategias preventivas y de promoción sanitaria. Autonomía física, cognitiva y emocional. Proyectos individuales y colectivos.

7. Rehabilitación. Tecnología e integración en el cuidado.

**El en curso de animador gerontológico se destacan contenidos como ser:**

1. Rol del Animador Gerontológico. Integración en el equipo interdisciplinar.

2. Valoración funcional somática y sociofamiliar.

3. Estrategias y herramientas para mantener la autovalidez y la inclusión social.

4. Técnicas y dinámicas de actividades lúdicas individuales y grupales.

5. Estimulación y desarrollo de la creatividad.

6. Tiempo libre, ocio y recreación.

7. Proyectos de vida. Diseño y planificación.

8. Recursos comunitarios formales e informales. Redes.

### **Curso: Asistentes de Cuidados para Personas Mayores**

#### **Generalidades y marco de inserción institucional**

Este curso ofrecido por la Empresa Ginkgo: darle vida a los años desde hace dos años, tiene algunas particularidades que hacen pertinente su inclusión dentro de las propuestas formativas del país. Se trata de un curso casi completamente on-line y que es dictado en su mayoría por profesionales del interior del país o de Argentina. También la institución brinda asesoramiento a instituciones y dueños de CLE, así como organiza eventos de difusión de conocimientos vinculados al área gerontológica como de servicios que actualmente el mercado ofrece en relación con las personas mayores.

Los datos a continuación surgen de la entrevista realizada a la Directora de la Institución y a los documentos brindados por dicha persona en relación con el plan de estudios.

#### **Carga horaria y población destinataria**

El curso tiene una duración de 120 horas, se dicta una vez por semana durante cuatro meses en sesiones de 3 horas. Al tener una modalidad sincrónica-asincrónica las clases pueden ser visualizadas fuera del horario de clase. Hay una sesión presencial vinculada al abordaje en primeros auxilios.

No hay un perfil de población destinataria específico, el curso está abierto a todo aquel que muestre interés en realizarlo con independencia de su nivel educativo. La informante calificada señala que en muchos casos son los propios dueños de CLE los que envían a sus empleados a la capacitación, cubriendo los costos de la formación.

### **Enfoque epistemológico, formativo y metodológico**

De acuerdo con la informante el curso se desarrolla desde un **paradigma de atención centrada en la persona y humanizada**, tomando elementos del modelo español de cuidados. Esto implica formar para ver a la persona, toda su historia y ciclo vital y no solo la enfermedad, para poder adaptar allí o desarrollar diferentes acciones o elementos que le permitan continuar esta etapa de la vida según lo que está surgiendo o necesitando. También se hace énfasis en la participación y cuidado de la familia.

Se jerarquiza que la atención ha de poder formar para un cuidado desde la escucha, desde el conocer al otro y desde trascender las acciones de higiene y confort incluyendo elementos de vinculación y estimulación en conjunto con el receptor de cuidados.

Finalmente, también se destaca la importancia del autocuidado del quien cuida como un elemento clave a jerarquizar en el curso.

**El curso plantea una amplia variedad de temas con un fuerte componente del modelo ACP como unidad inicial** y de aspectos geriátricos tanto en relación con patologías crónicas, síndromes geriátricos, factores de riesgo y cuidados paliativos.

Hay contenidos vinculados a la promoción de salud fundamentalmente referidos a nutrición, recreación y autocuidado del cuidador.

La modalidad de cursada es sincrónica y asincrónica, lo que implica que para las instancias asincrónicas se realicen pequeñas evaluaciones que ofician de control de visualización de las clases. Sobre el final y **como método de evaluación** se aplica una autoevaluación bajo la modalidad multiple-choice a través de Google forms ya que se pretende que sea accesible para los participantes.

Se está en proceso de instalar la plataforma Moodle para los contenidos y bibliografía asincrónicos como elemento metodológico destacado en este curso, lo que implica de acuerdo con el informante hacer que la plataforma sea lo más accesible posible en términos de facilidad en el manejo considerando la gran heterogeneidad de perfiles de población que acceden al curso.

Salvo por la clase de primeros auxilios y potencialmente otra sobre cuidados de enfermería en lo que hace a higiene y movilidad de las personas mayores no se prevén en la estructura del curso otras instancias prácticas.

Desde lo metodológico se apela a soportes visuales que hagan accesible la comprensión de los conceptos, por ejemplo, mediante imágenes o guías. En ese sentido la informante explicita que busca que el perfil docente se ajuste al nivel de conocimiento de los destinatarios del curso, sin caer en exposiciones magistrales y se fomenta el intercambio y la participación, pero se señala que esto es un desafío dentro los cursos.

### **Perfil docente**

De acuerdo con los aportes de la informante el staff docente responde a los contenidos de cada unidad/seminario del curso contando con especialistas en: Geriátrica, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Gerontología, Fisiatría, Nutrición, Prevencionista, Terapeuta Holístico. Se trata en su mayoría de profesionales que no son de Montevideo, sino de departamentos tales como Maldonado, Salto, Florida, Durazno, etc.

### **Estructura del curso**

El curso se organiza en 8 seminarios, aunque no se explicita la carga horaria de cada uno y la clase presencial de primeros auxilios.

En el **seminario I** se presenta el modelo de atención gerontológica centrada en las personas mayores con énfasis en temas como atención progresiva y rol del cuidador

Los **seminarios II y III** tienen un perfil sanitario predominante abordando los cuidados de personas mayores con enfermedades crónicas, la valoración integral con mirada gerontológica y los síndromes geriátricos. También explicita contenidos vinculados a la estimulación cognitiva.

Los **seminarios IV y V** abordan la reducción de factores de riesgo y la promoción de conductas de promoción de la salud con temáticas tales como adicciones, sexualidad, estereotipos, estilo de vida, recreación, nutrición e higiene-confort

El **seminario VI** aborda los cuidados paliativos con enfoque en los derechos y necesidades tanto de las personas mayores como de quienes cuidan.

El **seminario VII** trata las disposiciones éticas, legales y laborales de quienes cuidan jerarquizando la legislación vigente y el autocuidado, así como delimitando el rol del asistente de cuidados.

El **seminario VIII** da cuenta de terapias de disciplinas alternativas, profundizando en aquellas con soporte en evidencia, así como los riesgos de las no validadas.

#### **Curso Rol del cuidador: capacitación en situaciones frecuentes en ELEPEM (MSP-INEFOP)**

Se trata de un curso de muy reciente implementación (julio 2022), coordinado y organizado por la División Evaluación y Monitoreo del Personal de la Salud (DEMPESA) y el Área Programática del Adulto Mayor dependiente de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública en el marco del proyecto piloto “Demandas Institucionales de Capacitación” de INEFOP. Busca capacitar y mejorar la cualificación de hasta 10.000 cuidadores/as o trabajadores de ELEPEM a través de un recurso replicable y accesible por lo que es sin costo.

En este curso se parte de reconocer que el trabajo y el hacer cotidiano en ELEPEM tiene características específicas y desafíos a resolver como pueden ser los procesos de ingreso de residentes, el manejo del estrés y sobrecarga laboral y el conocimiento y ejercicio de derechos de quienes cuidan y de las personas mayores.

La perspectiva epistemológica de la que parte es la defensa de derechos, autonomía, autodeterminación de quienes residen en los ELEPEM, con un enfoque que reconoce la diversidad. Se basa en que la función central de quienes trabajan en ELEPEM es ayudar o asistir en las actividades de la vida diaria de quienes allí residen.

Entre los contenidos destacados están las normas de fiscalización, la asistencia frente a las ABVD, movilidad, comunicación, adaptación al ingreso y aquellas problemáticas emergentes y críticas que ameritan atención urgente.

El curso también da acceso a una biblioteca de recursos que quienes cuidan pueden consultar de forma de promover autonomía en lo que hace a la formación continuada.

Desde lo metodológico se trata de un curso virtual autoadministrado, organizado en cápsulas de aprendizajes.

Se organiza en módulos secuenciales, se estima una dedicación de 8 horas que deberán ser completadas en un máximo de 15 días. La aprobación queda supeditada a completar todos los módulos y alcanzar un 50% del puntaje en las actividades que se proponen con criterio evaluativo. En caso de no completarlo puede reinscribirse en otra edición en caso de haber cupos. El curso cuenta con certificación otorgada por MSP-INEFOP

Desde el punto de vista didáctico se apoya en variados recursos como ser videos, simulaciones, documentales, revistas, entrevistas, historias narradas, etc. Para la evaluación se utilizan encuestas y cuestionarios principalmente.

Los módulos son 4 centrales de contenidos más uno introductorio y uno de cierre:

Módulo 1: Funciones y servicios de los ELEPEM. deberes y derechos de cuidadores y residentes usuarios. Módulo 2: Comunicación, vínculos y cuidado del cuidador Módulo 3: Asistencia en las actividades de la vida diaria, atención a la dependencia Módulo 4: Eventos y situaciones sanitarias críticas

### **Cursos: Departamento de Capacitación y Sensibilización de INMAYORES-MIDES**

El siguiente apartado surge de la información brindada por informantes pertenecientes a dicho Departamento. Si bien como las informantes aclaran el área de experticia para los cursos no son los cuidados propiamente dichos, por las temáticas y por el estar en comunicación y ocasional coordinación con la SeNCD se considera pertinente su inclusión aquí. Realizan acciones de capacitación y sensibilización en temáticas de vejez y envejecimiento en general, teniendo variados públicos objetivo entre los que se encuentran cuidadores de Centros de día y CLE.

Se trabaja con una red de colectivos de personas mayores, con organizaciones de la sociedad civil. La implementación de propuestas formativas es a demanda en su mayoría, aunque también se detectan poblaciones objetivo a quienes se les ofrece la capacitación, o se han firmado acuerdos institucionales, por ejemplo, en la formación de funcionarios de organismos del Estado para la mejora de la atención a las personas mayores que acuden a los organismos. En tal sentido los Planes Nacionales de Envejecimiento también indican poblaciones objetivo de las capacitaciones como ser los funcionarios de las Intendencias Municipales o diversos Ministerios.

**Respecto a la postura epistemológica** referida al concepto de cuidado destaca en las entrevistadas que surge que, más allá de los aspectos instrumentales del cuidado, el respetar y promover los derechos de las personas mayores es un elemento central y que en el caso del Departamento es eje de muchas de las capacitaciones que brindan. También surge el concepto de entendimiento de las necesidades, decisiones y derechos del otro como aspecto central. Plantean a los cuidados como un derecho considerando la Convención Interamericana de los Derechos de las Personas Mayores. La idea de acompañar y sostener procesos evolutivos, promoviendo los procesos de autonomía e independencia, desde la perspectiva de derecho resulta un eje central para las entrevistadas.

**No hay una currícula fija, sino que las temáticas surgen a raíz de los acuerdos y demandas interinstitucionales.** Los principales temas abordados en las capacitaciones se vinculan con los derechos contemplados en la Convención que oficia de principio orientador y a las necesidades que se identifican en cada territorio y contexto. **Se jerarquizan elementos como:**

- 1- Los conceptos de vejez y envejecimiento
- 2- La persona mayor como sujeto de derecho.
- 3- Problematización de la concepción social de la vejez mediante el análisis de la construcción sociohistórica de los estereotipos, mitos y mandatos sociales
- 4- Comunicación con la persona mayor
- 5- Violencia, abuso y maltrato en la vejez
- 6- Sexualidad en la vejez y como abordar las manifestaciones
- 7- Cuidado del cuidador y perspectiva de género

**Desde lo metodológico** se trata de talleres de media jornada (4 horas) o jornada entera (8 horas) con un diseño que se replica en diferentes ámbitos. Puntualmente se han realizado ciclos de 4 talleres sobre temáticas concretas. También se han realizado diseños curriculares puntuales virtuales a través de la plataforma EVA (entorno virtual de aprendizaje) de la Universidad de la República.

**Desde el punto de vista didáctico** se señala la importancia, que surge de la demanda de los destinatarios de la formación, de que los contenidos sean lo más concreto posibles, que se brinden herramientas para el trabajo, ya que de lo contrario la sustentabilidad del curso se ve comprometida al no conectar con los intereses.

También se señala a modo de **propuesta que una vez dada la capacitación se puedan realizar instancias de seguimiento práctico en campo que permitan evaluar el impacto y efectividad de las temáticas abordadas**. En tal sentido se destaca la figura del referente territorial como un interlocutor válido para tener una retroalimentación y a la vez como una vía para asesorarlo como figura intermediaria y próxima a quienes ejercen las tareas.

**Finalmente hay que destacar la importancia que dan desde el Departamento a pensar una currícula orientada a personas mayores desde una mirada que involucre múltiples actores**, saliendo de una visión fragmentaria a una articuladora entre Ministerios, Organismos y actores sociales. El optimizar los recursos disponibles, desde una lógica que articulación señalan que son elementos que están contemplados en el Segundo Plan de Envejecimiento, por ejemplo, con ANEP, pero falla la implementación de las ideas.

#### **Guías de capacitación para técnicos de Centros de Referencia para el Envejecimiento Activo**

Para la implementación de los Centros CREA se formularon una serie de 7 Guías orientadas a la capacitación de los equipos técnicos y talleristas que desarrollaron la propuesta y que abordan muchas temáticas de particular interés para la formación de formadores y para quienes trabajan en Centros día. Todas estuvieron a cargo de Paula Morales en lo que hace a la edición y redacción con el apoyo de un amplio equipo de redactores y asesores técnicos en relación con las diferentes temáticas abordadas.

A modo de resumen abordan los siguientes tópicos

- La Guía 0 aborda tópicos como perspectiva del envejecimiento activo, derechos de las personas mayores, salud sexual, terapia ocupacional y recreación y juego.

- La Guía 1 se centra específicamente en derechos de las personas mayores
- La Guía 2 aborda la realización de talleres vinculados a actividades artísticas y musicales
- La Guía 3 trata sobre cocina saludable y gastronomía
- La Guía 4 desarrolla la implementación de talleres de manualidades
- La Guía 5 desarrolla los talleres de estimulación cognitiva
- La Guía 6 desarrolla elementos de recreación y juego

## **5. Justificación y análisis de necesidades: interrelación de datos previos y percepciones de los distintos agentes implicados: cuidadores/as, personas mayores, formadores, proveedores de servicios y gestores de políticas públicas.**

### **5.1 Introducción**

La información presentada en los puntos 2 y 3 implicó el relevamiento de políticas y propuestas de atención a personas mayores en situación de dependencia, así como de programas formativos vinculados a la temática de cuidado en cada país e internacionalmente. Partiendo de dichos presupuestos en este punto se pretende conocer de voz de diversos agentes vinculados a la temática, las opiniones, percepciones, desafíos y necesidades respecto a lo que implica la tarea de cuidados y las condiciones para brindar una formación de calidad. También articular dicha información con la de los puntos precedentes de forma de generar un análisis del estado de situación, necesidades y proyecciones acerca del tema formación en cuidados en cada país.

El análisis se organiza a partir de tres aspectos centrales. En primer lugar, identificar cuáles es la postura epistemológica y principios a partir de los cuales han de estructurarse las currículas. En segundo término, aspectos que hacen a la organización de las posibles currículas en cada país con énfasis en la organización de los programas, destinatarios potenciales, modalidad de cursada, así como estrategias didácticas y de evaluación de competencias. El punto tres identificará contenidos a considerar en los diseños curriculares para el desarrollo de las competencias y habilidades necesarias para ejercer tareas de cuidado en los diferentes contextos de trabajo.

El relevamiento bibliográfico previo más la revisión de currículos relacionados al cuidado vigente y las entrevistas son los insumos a partir de los cuales identificar buenas prácticas y currículas que comparten o no el enfoque de ACP de este trabajo.

Para lograr esto se consideró fundamental recoger la mayor cantidad de testimonios, de diversos agentes que ocupan roles distintos en lo que a hace a los sistemas de cuidado de cada país. En consecuencia, se entrevistaron o encuestaron personas que forman parte del sistema político, formativo, de atención y a los destinatarios finales de la intervención, es decir las personas mayores. En el marco de los desafíos que la pandemia por COVID-19 impone es que se ha buscado diversificar las formas de acceder a la información, aspecto que se explicita en el apartado metodológico.

### **5.2 Diseño del estudio**

Para la identificación y análisis de las diferentes perspectivas en relación con la tarea de cuidados y a las necesidades formativas de quienes cuidan se ha seguido un enfoque de **metodología mixta**, incorporando en la medida de lo posible, principios propios de la **metodología Investigación-Acción Participativa (IAP)**.

En base a esta metodología y tomando lo planteado por Pereda et al. (2003) se ha buscado diversificar lo más posible los agentes implicados, aplicando para ello técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad) y cuantitativas (cuestionarios tipo Likert y de respuesta múltiple) que se diseñaron específicamente en función de los objetivos del proyecto, estableciendo algunas preguntas transversales base y otras específicas en función del perfil y pertenencia institucional del entrevistado.

#### **Población objetivo**



Teniendo en cuenta la importancia de recabar información de personas relevantes pero que ofrezcan puntos de vista y percepciones variadas en relación con lo que es la tarea de cuidado, desafíos, oportunidades y necesidades es que se han contemplado distintos perfiles de población que ofician como informantes calificados a saber:

- Responsables de políticas públicas de atención en cuidados o profesionales vinculados a Instituciones gubernamentales
- Responsables y/o coordinadores de cursos de capacitación en temáticas vinculadas al cuidado de personas mayores
- Responsables y/o referentes de Establecimientos de larga estadía y Centros de día, tanto públicos como privados
- Personal contratado para la realización de tareas de cuidado en el marco de Establecimientos de larga estadía y Centros de día que tuvieran al menos 6 meses de antigüedad en su actual empleo
- Personas mayores que viven en Establecimientos de larga estadía o asisten a Centros de día al menos desde hace 6 meses

En todos los casos la selección se realiza por conveniencia, a partir de la aceptación del informante y en acuerdo con las instituciones u organismos participantes. Para mayor representatividad, se tomaron en consideración centros y personas de zonas rurales y urbanas, así como centros con diferentes servicios y cantidad de usuarios.

#### **Método de recogida de datos**

Se utilizaron fuentes primarias de información ya que todo el material recabado se obtuvo en contacto directo con las diferentes unidades de análisis y perfiles poblaciones destacados en el apartado previo. Se utilizó la entrevista semiestructurada para todos los perfiles. (Ver anexo 1). En todos los casos se preguntó la pertenencia institucional, conceptualización de cuidado desde su perspectiva y competencias claves que deberían de desarrollar las personas que realizan tareas de cuidado. A continuación, y en relación con cada perfil se ahondó en elementos tales como: desafíos al momento de cuidar, percepción de la importancia de la formación, dificultad para acceso a capacitación, contenidos claves a considerar, estrategias didácticas y modalidad de cursada, etc.

En el caso de los/as cuidadores/as también se realizó una encuesta mediante cuestionario Google forms relevando el perfil sociodemográfico y laboral, así como preguntas mediante múltiple opción y escala Likert para indagar acerca de la perspectiva conceptual del cuidar que poseen, el tipo de tareas realizadas, los desafíos vinculados a la tarea, la percepción de las necesidades formativas, el interés por la formación y el tipo de diseño curricular que consideran más viable de realizar en el ejercicio laboral y necesidades de formación percibidas por las cuidadoras.

#### **Procedimiento**

- 1- Listado de población objeto antes mencionada estableciendo paralelismos en los perfiles de acuerdo con la realidad de cada país.

2- Formulación de los instrumentos de recogida de datos lo que implicó el diseño de 5 guiones de entrevista semiestructurada acordados por todos los consultores nacionales e internacionales. También se diseñó una encuesta web orientada a cuidadores/as de Centros de larga estancia y Centros de día que combina elementos de escala Likert y múltiple opción.

3- Inicio de contactos vía correo electrónico y acuerdo con los informantes en relación con la modalidad del intercambio (vía ZOOM o presencial)

4- Realización de las entrevistas las cuales quedaron registradas en audio y/o video tal cual se explicita en el consentimiento informado.

5- Desgrabación de las entrevistas, lectura y relectura de los datos para la identificación de temas generales

6- Establecimiento de categorías de análisis acordadas por los consultores lo que permite identificar similitudes y diferencias en los discursos de los informantes entre países. Se tienen en cuenta aspectos que surgen del discurso de los participantes, así como categorías que surgen de las prioridades temáticas acordadas por el equipo

7- Establecimiento de aspectos a jerarquizar para el diseño curricular.

### **Principios éticos**

Se tuvieron en cuenta los mismos principios descritos en el tercer apartado del presente documento.

### ***5.3 Identificación de necesidades Colombia***

En el siguiente apartado se encontrará el análisis de tres categorías fundamentales para dar cuenta de las necesidades de Colombia. En el primer eje orientador se identificarán los conceptos de cuidar/cuidados construidos por los diferentes agentes participantes de la investigación (cuidadores/as, personas cuidadas y proveedores de servicio); en el segundo eje se desarrolla todo lo concerniente a la organización curricular (modalidad, didáctica y evaluación) y finalmente en el tercer eje se exponen los resultados en correspondencia a los contenidos.

#### **1. Concepto cuidar/ cuidados**

En dos de las tres estrategias de investigación empleadas para recabar información (entrevistas y encuestas) se indagó a los participantes sobre el concepto de cuidado que han construido e incorporado a lo largo de su trayectoria profesional, experiencial y/o cotidiana. Desde las voces de los actores fue posible identificar cinco concepciones en relación con el concepto de cuidado, la primera, responde al cuidar desde la humanización y garantía de los derechos humanos, el segundo, cuidar desde la higiene personal, el tercero con relación a bienestar, el cuarto, desde la integralidad y el quinto el cuidar desde la afectividad.

#### **Humanización y garantía de derechos**

Docentes y administrativos de los servicios de cuidado refieren que el cuidado de las personas mayores es humanización de los servicios además promover restablecer y defender la salud, en sinergia como es expresado por algunos autores, el cuidado humanizado va más allá de la atención biomédica, es

necesario que se identifiquen las necesidades no solo del cuidado de la enfermedad sino de forma holística en todas las dimensiones del ser humano (Holguín et al., 2018)

*“Es tanto en una sola palabra porque, es todo. Es el amor, primero que todo **hay que tener mucho amor y respeto por los demás** para darles un buen cuidado, es garantizarle sus derechos, sus necesidades básicas satisfechas de la mejor manera y aparte las necesidades como físicas están las emocionales también, entonces tiene que ser integral donde aparte del cuidado y garantizar sus derechos les **demos mucho amor, por protección y compañía**, que es lo que ellos no tienen”* (Mujer de 39 años, administradora de centro de cuidado para personas mayores)

*“Es una responsabilidad gigante, que **cobija empatía, respeto a los derechos, compromiso con la otra persona** y, sobre todo, ponerte en los pantalones del otro básicamente”* (Hombre de 34 años, docente de música de centro de cuidado para personas mayores)

*“Considero del cuidado de un adulto mayor se **debe hacer con humanidad, con carisma**, esta experiencia no la da simplemente una capacitación o una formación académica, considero que va en el ADN de cada una de las personas que servimos al cuidado del adulto mayor”* (Mujer de 41 años, directora de centro de cuidado para personas mayores)

Las voces de los participantes dan cuenta de los principios de cuidado propuestos por Caro, Sarita. (2009) y Watson (2002) en donde se rescata el cuidado y el amor desde una perspectiva humana, que evidencie la trascendencia de la naturaleza e invita a regresar a las raíces del cuidado mencionando que debe ser delicado y frágil.

### **Higiene personal**

Para las personas mayores el cuidado se enfoca principalmente en la realización de la atención como tal; es decir recibir un servicio especialmente el de **higiene personal**. Se evidencia en esta concepción del cuidado una relación vertical unidireccional entre el **profesional que realiza y el usuario que recibe la atención**. Lo anterior en línea con lo propuesto Riveros (2020) se podría asociar que sólo el personal de asistencia presenta el saber y el paciente es quien espera de forma pasiva

*“Cuando me toca **bañarme eso es cuidado...cuando yo no puedo hacer algo y lo hacen por mí**”* (Hombre de 78 años, usuario en centro de cuidado para personas mayores)

*“Yo ... misma soy la que me visto, me baño, claro que ellas me ayudan a bañar porque el pie debo tenerlo alto y cubierto para no mojarlo, para mí eso es cuidado”* (Mujer de 87 años, Usuario en centro de cuidado para personas mayores)

*“Que lo cuiden y el aseo personal todo los días”* (Mujer de 71 años, Usuario de centro de cuidado para personas mayores)

### **Bienestar**

Por su parte los prestadores de servicios en los centros de cuidado para personas mayores centran la concepción de cuidado en el **bienestar, acompañamiento, mejoramiento de la calidad de vida y protección de las personas mayores**. El bienestar en la vejez se deriva de diversos factores —no solamente biológicos— sino también sociales y personales en su construcción. Es preponderante la participación en la sociedad como una forma de mantener y disfrutar el bienestar en la vejez (Valdés, 2009)

*“Yo creo que el cuidado es salud y bienestar, para mí el cuidado es salud, es estar bien, es estar como quisieras tú estar sí. Para mí el cuidado es salud”* (Mujer de 24 años, practicante de Sociología de centro de cuidado para personas mayores)

*“El cuidado en adulto mayor... **es aquel que brinda bienestar a una persona que lo necesita**, que de pronto no tienen la capacidad para moverse en la parte emocional, no tiene a sus hijos pendientes, que necesita de pronto un cucharero, llamémoslo así, mejor dicho, en todas sus fases que ellos tengan que moverse nosotros estamos allí”*(Mujer de 40 años, enfermera de centro de cuidado para personas mayores)

*“Cuidar es proteger- mantener, proteger preservar la vida; es tener es dar bienestar a los adultos mayores, eso es cuidar”* (Mujer de 35 años, coordinadora del área asistencial de centro de cuidado para personas mayores)

### **Integralidad**

Sumado a lo anteriormente expuesto se identifica otra concepción del cuidado, esta se centra en la integralidad, es decir, **cuidados para adulto mayor que conjugan preservar el estado físico, mental, afecto y protección**. La atención del adulto mayor debe hacerse desde una visión integral, según ésta, el adulto mayor será atendido con base en su situación médica general, su capacidad funcional y el entorno en el que se desenvuelve (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal, 2014), un cuidado integral puede mejorar claramente la calidad de vida de una persona mayor.

*“Para mí el cuidado no es solamente físico, sino también en la parte mental, es decir, el cuidado es físico y mentalmente en una persona”* (Mujer de 82 años, Usuaría de centro de cuidado para personas mayores)

*“Nosotras nos convertimos en sus manos, en sus ojitos, porque tenemos que ayudarlos para comer, andar y también nos volvemos su familia, porque por lo general sus hijos cuando están en instituciones; los hijos están en otras ciudades o fuera del país entonces ellos necesitan mucho afecto y entonces nosotros nos convertimos en su familia, eso es cuidado integral”* (Mujer de 47 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

### **Acompañamiento afectivo**

El otro concepto central vinculado al cuidado es el acompañamiento afectivo de la persona mayor. Las entrevistadas expresan que cuidar con amor, respeto, buen trato contribuye en buena medida a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. **El buen trato y la comunicación afectiva con los adultos mayores son factores que podrían disminuir el impacto del riesgo suicida, la depresión y la ansiedad**; la afectividad podría incrementar calidad de vida en las personas mayores (Sapuy & Ramos, 2018)

*“El cuidado para mí, **es el amor, el respeto, hacia la persona como tal”*** (Mujer de 41 años, cuidadora de centro para personas mayores)

*“Yo lo veo como un don que yo tengo para cuidarlos. Para mí el cuidado, es como son esas personas **tan delicadas, tan tiernas, es tenerles un cuidado con amor súper especial a todos”***(Mujer de 46 años, auxiliar de oficios varios en centro de cuidado para personas mayores)

Con relación a los resultados de las encuestas frente a la percepción de que fue posible evidenciar que los cuidadores el 15,7% se identificó con el concepto “cuidar es proporcionar ayuda a personas dependientes de manera que sientan que sus necesidades físicas, sociales y afectivas están cubiertas” y el **84,2% se identificó con “cuidar es prestar atención a personas mayores que precisan apoyos en su vida diaria, procurando su bienestar y una vida con sentido, poniéndolas en el centro, y basándose en el respeto a sus derechos, necesidades y preferencias”**. Dando cuenta que los participantes en su mayoría se identifican con el Modelo (ACP)

Es posible dilucidar cómo la conceptualización o percepción de lo que es el cuidado se transforma dependiendo el actor social, las personas mayores en su mayoría hacen referencia al cuidado asociado a recibir un servicio o una atención específicamente al aseo y cuidado del cuerpo; por su parte los **administrativos, docentes y cuidadores de los centros de cuidado** construyen el concepto de cuidado asociado al bienestar, derechos e integralidad. Por lo tanto, se evidencia concepciones de cuidado divergentes necesarias de abordar, aunque el modelo de atención centrada en la persona no es mencionado específicamente por los participantes, se sabe que incluye estas concepciones. Sin embargo, es importante que las personas mayores puedan conocer los conceptos propios del modelo, ya que son quienes son los que reciben y hacen uso de los centros de cuidado.

## 2. Organización curricular: modalidad, didáctica y evaluación

En esta sección del documento se ilustrará el panorama colombiano respecto a modalidades, didáctica y evaluación, es decir, **cómo se organizan los currículos en cursos de formación para cuidadores/as**. Para ello se acudirá a los datos recabados a través de revisión documental, entrevistas y encuestas aplicadas a diferentes actores sociales involucrados en el cuidado de personas mayores.

Según la información obtenida, en **Colombia existen cursos, diplomados, talleres y estudios técnico-laborales en atención integral al adulto mayor** de formación para cuidadores y cuidadoras ofrecidos por instituciones públicas y privadas, encontrando mayor oferta en ciudades como Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Manizales, Barranquilla y Cartagena.

Actualmente, **entidades como la Cruz Roja, cajas de compensación, empresas de medicina prepagada, entidades promotoras de salud (EPS), alcaldías municipales, universidades, fundaciones e instituciones de educación técnica laboral ofertan actividades de formación**.

**Se destaca la labor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)**, esta institución se encuentra adscrita al Ministerio de Trabajo y tiene cobertura en todo el territorio nacional para brindar cursos en la atención y cuidado de las personas mayores en situación de dependencia. El SENA además trabaja de manera mancomunada con el

Ministerio de Salud y Protección Social, ofreciendo formación de talento humano en salud en dos vías: a) programa nacional técnico en asistencia integral a personas mayores y b) programa de profundización en asistencia integral a personas mayores.

**La oferta es cerrada y requiere que una institución solicitante pida que se les brinde el curso de formación y en muchos casos su apertura depende de la cantidad mínima de inscritos**. Algunos cursos de alcaldías, cajas de compensación familiar, fundaciones y el SENA han sido gratuitos. Para los otros, la inversión va desde \$100.000 hasta \$1'192.000 (Moneda Colombiana) En cuanto a la modalidad, la mayoría

son estudios presenciales, seguidos de cursos híbridos y muy pocos virtuales, en su mayoría predominan los métodos tradicionales de enseñanza y aprendizaje centrada en el profesor y el contenido.

La intensidad horaria de los cursos varía desde 40 hasta 160 horas, encontrando que en los cursos de los programas revisados solamente dos tienen prácticas en centros de día o larga estadía. Así mismo, existen pocos estudios con oferta específica técnico-laboral en atención integral al adulto mayor, su duración es de tres semestres, la mayoría cuenta con prácticas y otorgan una certificación de aptitud ocupacional. Los técnicos varían desde \$2 '190.000 hasta \$3' 500.000, moneda colombiana, aproximadamente por año y en su mayoría tienen prácticas en centros día.

**Con relación a los requisitos mínimos para acceder a la oferta académica se encuentran:** grado de escolaridad, como mínimo se requiere noveno grado, en muchos casos se exige ser bachiller y en muy pocos se toman en cuenta la experiencia que se ha tenido como cuidadores y cuidadoras, los programas son flexibles con los requisitos, sobre todo los impulsados por las alcaldías, secretarías de salud, cajas de compensación y fundaciones requiriendo únicamente ser mayor de edad, saber leer y escribir, tener bajo sus tareas diarias un adulto mayor para su cuidado y tener voluntad para pertenecer a ellos, en estos casos deben pertenecer a las cajas de compensación.

Algunos más exigentes piden que la hoja de vida esté registrada en el Servicio Público de Empleo, **si es de modalidad virtual tener conocimientos básicos de herramientas informáticas, acceso a internet,** un computador y saber navegar en la web. Ahora bien, la oferta de cursos presenciales se da principalmente los fines de semana, sábados e inclusive domingos, otros tienen jornadas en la mañana, tarde, o noche dependiendo de la demanda de los interesados.

No se evidencian métodos claros de evaluación de los logros de competencias técnicas más que un examen de competencias, que permite en el caso de las instituciones certificar lo aprendido para dar paso al título de tecnólogos que posteriormente les permite trabajar, y esto ocurre ,en casos específicos como en SENA (Bogotá) y CENSA (Medellín). En los cursos y diplomados no se evidencio formas de evaluación, pero les es entrega un certificado de aprobación.

#### **Trayectorias educativas de quienes cuidan**

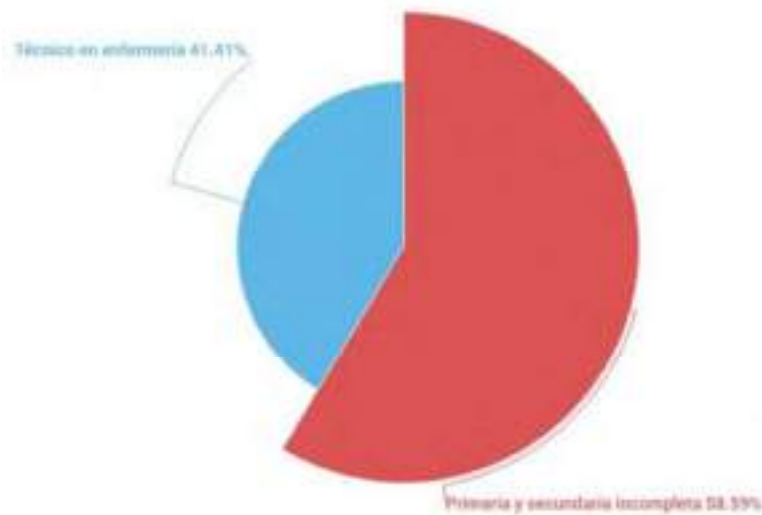
Ahora bien, teniendo en cuenta los resultados de las encuestas aplicada a cuidadores de personas mayores **se identifica que las horas de cursos realizados en temáticas de personas en situación de dependencia el 53,0% de los cuidadores tiene formación de más de 151 horas (cursos extensos),** el 26,0% tiene formación de menos de 60 horas (cursos cortos) y el 21,0% no tienen formación específica en cuidado.

De acuerdo con la duración en meses de formación **en cuidado el 37,0% de los cuidadores no tiene formación en cuidado, el 37,0% la formación recibida ha sido de 18 meses,** el 11,0% formación de 6 meses, el 5,0% formación de 84 meses, el 5% formación de 24 meses y el 5,0% formación de 8 meses.

Con relación a la pregunta que tanto les sirvió a los cuidadores la formación recibida para su tarea cotidiana, **el 92,0% refirió que les sirvió mucho por el contrario el 8% refirió que la formación recibida les sirvió solo algo.** Los cuidadores refieren que la modalidad de capacitación que les sería más beneficiosa y viable realizar sería el 10,5% modalidad virtual sincrónica (Zoom, Skype), **el 36,8% presencial en aula de clase y el 52,6% mixta (parte presencial y parte virtual).**

Aun cuando en la Resolución 024 de 2017 hace mención de que el talento humano que pertenezca a instituciones de cuidado para personas mayores debe ser de auxiliares de enfermería o personas cuidadoras por cada 20 personas adultas mayores con independencia física y funcional. **En el trabajo de campo se pudo evidenciar que algunas cabeceras municipales en las residencias y centros día, el cuidado es brindado por personas que se han dedicado a esta labor por más de 10 años, algunas no cuentan con certificación que acredite sus competencias**, algunos con estudios de primaria, otros con formación técnica de auxiliar de enfermería, no se hallaron cuidadores o cuidadoras que tuvieran técnicos laborales en atención integral al adulto mayor, ni profesionales de enfermería.

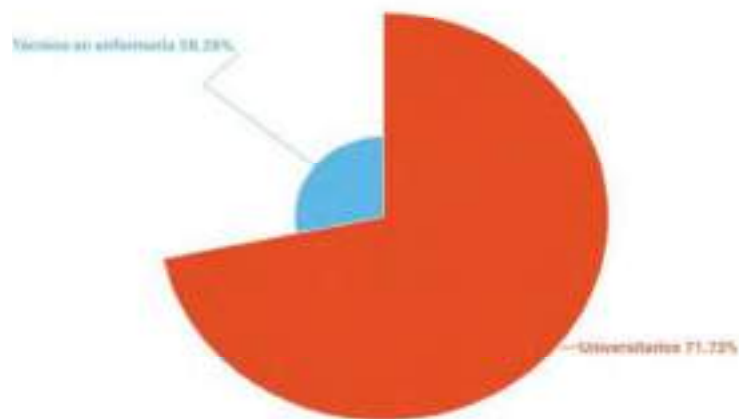
#### Nivel educativo de los cuidadores y cuidadoras en el área rural(n=19)



**Fuente:** Elaboración propia

Muchos con estudios que van hasta quinto de primaria , sin formación para cuidadores principalmente por tiempo escaso dada la carga laboral, desconocimiento de cursos, capacidad económica para pagar una formación formal o informal y pocas oportunidades de formación cerca a su lugar de residencia o trabajo.

#### Nivel educativo de los cuidadores y cuidadoras en el área urbana(n=19)



Fuente: Elaboración propia

Mientras que, en el área urbana, es decir, en las grandes ciudades se evidenció que en los centros día y centros de larga estadía el cuidado es brindado en su mayoría principalmente por tecnólogos de enfermería y profesionales de esta disciplina, e incluso en centros privados se encuentran equipos médicos que acompañan esta labor.

*“Tenemos una médico geriatra que es la médico, no es directamente nosotros, trabaja como asesora, es quien hace las valoraciones a todos nuestros huéspedes, está muy pendiente en cuanto al manejo... no reemplazamos médicos especialista de cada uno de nuestros huéspedes sino que ella hace como una valoración general, **revisa cual es la dosificación y medición de todos los medicamentos que tenga y de acuerdo a lo que ve hace una recomendaciones en comportamiento y de manejo**, cuando se presenta algún inconveniente con el huésped, ella nos asesora, hagan esto, manéjenlo así, entonces es nuestro soporte médico para Caluce y parte de esto contamos con EMI, entonces cualquier emergencia todos nuestros huéspedes son afiliados a EMI, tiene la cobertura”.* (Mujer de 41 años, directora de centro de cuidado para personas mayores)

La búsqueda de un estándar de personal capacitado, para ofrecer cuidados integrales a las personas mayores va en línea con la convención Interamericana de los derechos de las personas mayores es un aspecto que comparten todas las personas entrevistadas y que se pretende desde las políticas públicas y sociales, entidades educativas nacionales, concordando, además con la experiencia internacional.

### Contenidos

El currículo se constituye en el puente que permite fomentar y desarrollar interactividad entre la teoría y la práctica (Malagón Plata, 2008). En dos de las estrategias de recolección de los datos empleadas para recabar información (entrevistas y encuestas) se sondeó sobre la formación profesional vinculada al **cuidado y alrededor de los contenidos necesarios para actualizar y mejorar los conocimientos de cuidado a las personas mayores. Formación profesional vinculada al cuidado**



Del 100% de las personas encuestadas 52,7% refiere tener alguna formación académica vinculada al cuidado, por el contrario, **el 47,3% no tienen formación profesional vinculada al cuidado, pero si experiencia en el cuidado obtenida a través del quehacer diario.**

**Necesidad de contenidos para actualizar y mejorar los conocimientos de cuidado a las personas mayores.**

Desde las voces de los actores fue posible identificar **ocho ejes orientadores de contenidos vertebrales y necesarios para actualizar y mejorar los conocimientos de cuidado a las personas mayores;** el primer eje, hace referencia a **primeros auxilios**, el segundo responde al **abordaje psicosocial**, el tercero da cuenta de la **necesidad de relevo generacional para el cuidado**, el cuarto tiene que ver con el **ambiente laboral**, el quinto responde a la **necesidad de la humanización** en el cuidado, el sexto eje tiene que ver con los **cuidados de la piel y cambios posturales**, el eje séptimo desarrolla la **corresponsabilidad familiar** y el octavo eje aborda sobre la **nutrición y dietética**.

#### **Primeros auxilios**

Las cuidadoras y auxiliares de enfermería de los centros de cuidado para adulto mayor refirieron la importancia ya sea de aprender sobre primeros auxilios o actualizar los conocimientos sobre estos, para conocer e implementar estrategias frente accidentes y situaciones críticas con las personas mayores. Tal y como es mencionado, los objetivos de los primeros auxilios son aliviar el dolor y la ansiedad del herido, evitar que la lesión vaya a más, promover la recuperación y preservar la vida (Sánchez et al., 2020)

*“Sería bueno que nos capacitaran en primeros auxilios, en el caso que no esté la enfermera quedamos con las manos atadas sin un adulto mayor presenta crisis, no sabríamos que hacer”* (Mujer de 46 años, cuidadora de centro de cuidado para personas mayores)

*“Necesitamos cursos de primeros auxilios, de verdad uno sabe qué hacer, si la enfermera necesita ayuda no se le puede brindar”* (Mujer de 38 años, cuidadora de centro de cuidado para personas mayores)

*“Necesitamos capacitarnos en primeros auxilios, nos pasan cosas cómo atoramientos y no tenemos cómo responder y atender al adulto mayor”* (Mujer de 28 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

#### **Abordaje psicosocial**

Otro aspecto fundamental que requiere de abordaje y conocimiento es la formación de cuidadoras-es en el **abordaje emocional y psicosocial** para desarrollar acciones holísticas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores. (Silva, 2004) plantea que el modelo psicosocial es un conjunto de intervenciones comprometidas con la mejora de la autonomía y el funcionamiento de la persona en su entorno y el apoyo a su integración, participación social contando además con un sistema de servicios comunitarios o soportes sociales destinados a ofrecer los apoyos necesarios fomentando su funcionamiento, lo más autónomo, integrado e independiente. En las voces de los participantes

*“Es necesario un curso para el desarrollo de la paciencia pues es muy duro lidiar con los genios de los adultos mayores, algunos son muy mal genidos”* (Mujer de 38 años, cuidadora de centro de cuidado para personas mayores)

*“Requerimos desarrollar estrategias de comunicación verbal y no verbal para el trabajo con los abuelos porque ellos viven afligidos y solos, aprender sobre abordaje emocional nos permite mejorar la situación de los adultos mayores”* (Mujer de 52 años, cuidadora de centro de cuidado para personas mayores)

*“Incluir el manejo al adulto mayor, el que viene aquí viene por vocación aquí no es para regañar y gritarlos ellos vienen aquí a pasar sus últimos días, un abuelo no tiene por qué dar asco, es necesario incluir en los currículos el buen trato verbal y físico para los abuelos, no es para jalnearlos, ni regañarlos”* (Mujer de 40 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

*“Además es fundamental capacitar a los cuidadores en apoyo psicosocial para brindar la mejor atención a los abuelitos y tener herramientas para responder alguna crisis emocional o anímica que presenten”* (Mujer de 27 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

*“En la estrategia de formación para la capacitación de cuidadores es muy importante incluir la formación en atención psicosocial para mejorar la atención de los adultos mayores, si nos formamos en atención psicosocial podemos comprender mejor el comportamiento de los adultos mayores”* (Mujer de 35 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

### **Relevo generacional del cuidado**

La otra necesidad central identificada desde las voces de las cuidadoras tiene que ver con la formación de personas cuidadoras, de manera que se pueda garantizar sucesores que cuiden a personas mayores y se formen en nuevas prácticas que aporten a preservar y mejorar la calidad de vida. En las voces de los participantes:

*“Necesitamos escuelas para formación de relevo de cuidadores, uno no sabe quién será que nos cuide si serán los hijos o no tendremos quien nos cuiden”* (Mujer de 51 años, cuidadora de centro de cuidado para personas mayores)

### **Ambiente laboral**

Los cuidadores reconocen la necesidad de cursos y capacitación en el mejoramiento del ambiente laboral. Lo que más influye en el éxito o fracaso es el clima organizacional; es decir, **que tan cómodo se sienta el trabajador en su área laboral mejorará su rendimiento y conexión con las personas que reciben el servicio**, no solo es suficiente suplir las necesidades de estos, si no también brindar un buen ambiente. (Vera Campuzano et al., 2018). Diferencias y choques con los compañeros de trabajo pueden incidir en el rendimiento de los cuidadores y **afectar directamente la preservación de la salud física y mental de las personas mayores**.

*“Necesitamos capacitación sobre la convivencia entre compañeros, la tensión entre nosotras afecta a los abuelos porque por ejemplo digamos si estoy peleando con mis ayudantes y el abuelo necesita pasar al baño no la paso yo ni mi ayudante por falta de comunicación. **Los abuelos saben cuándo uno está tenso o cuando hay problemas de convivencia con los compañeros y eso les afecta el ánimo**”* (Mujer de 40 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

### **Humanización**

De igual manera surge el cuidado desde la humanización como un eje importante necesario para la formación de los cuidadores de personas mayores; el trato humanizado y centrado en la persona

contribuye a la **restitución de los derechos de las personas mayores y el mejoramiento de su calidad de vida**. Se requiere que el recurso humano mejore su actitud y capacidad en el desempeño institucional particularmente en la atención integral de personas mayores, con el objetivo; la dignificación del ser a través de la humanización se da mediante la articulación del buen trato, las adecuadas condiciones higiénicas sanitarias, la individualidad y el contexto (Jaramillo et al., 2015) de brindar servicios con calidad humana

*“Otra necesidad es la capacitación en la sensibilidad y humanización de los cuidadores, porque no en todas las partes entienden, no regañan y no tratar feo a los adultos mayores. Conozco geriátricos donde son muy duros con los abuelos, les hablan duro, los abuelos son como niños si les hablas duro ya entienden que se les esta cómo regañando”* (Mujer de 24 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

### **Cuidados de la piel y cambios posturales**

Otra temática relevante necesaria para incorporar en los contenidos curriculares en la formación al recurso humano que opera los centros de cuidado es el cuidado de la piel y los cambios posturales del adulto mayor. El cambio de posición es un componente integral de la prevención y el tratamiento de las (Úlceras por presión ) UPP; tiene una justificación teórica sólida y se recomienda y utiliza ampliamente en la práctica. Por lo tanto, es preponderante establecer protocolos de seguimiento de prevención de UPP que contenga: La formación de auxiliares y enfermeras en cambios posturales, registro de los cambios y medidas y tiempo determinado para realización de cambios posturales(López-Casanova et al., 2018). Todo esto como estrategia fundamental para disminuir problemas de salud, evitar las úlceras y complicaciones por falta de movilidad en las personas mayores.

*“Es importante incluir en los currículos el cuidado de la piel y el cambio de postura de los adultos mayores”* (Mujer de 24 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

*“Necesitamos capacitación en cambios posturales para mejorar técnica y renovar conocimientos”* (Mujer de 28 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

### **Corresponsabilidad familiar**

La red familiar juega un papel primordial para la construcción de factores protectores y de prácticas de cuidado de la salud. Un ambiente familiar de afecto, cariño y atención es favorable para la salud; por el contrario, el contexto familiar de desapego y desinterés conduce a sentimientos de abandono y surge la depresión que es campo propicio para las enfermedades; que modifican la vida cotidiana del adulto mayor y la familia(Zapata López et al., 2016). Cuidadoras/es identifican como relevante la corresponsabilidad familiar y la comunicación para fomentar bienestar psicosocial y calidad de vida en las personas mayores.

*“Es muy importante incluir en los currículos todo lo que tiene que ver con comunicación con la familia”* (Mujer de 27 años, auxiliar de enfermería de centro de cuidado para personas mayores)

Respecto a qué tan importante consideran los cuidadores la participación de las familias en el cuidado y atención cotidiana de las personas mayores se evidencio que: **el 84,2% consideran que la familia es muy importante**, el 1,2% considera que es importante y el 15,7% medianamente importante. **Sumado a lo anterior los cuidadores consideran que deberían capacitarte para poder interactuar con las familias en: el 68,4% le gustaría capacitarse en comunicación (mantenimiento de roles, asertividad al dar**

**información delicada**), el 63,1% en apoyo emocional, el 57,8% en estrategias de mediación para involucrar a la familia al brindar los cuidados y finalmente el 42,1% en conocimiento del marco legal para personas mayores y cuidador/a.

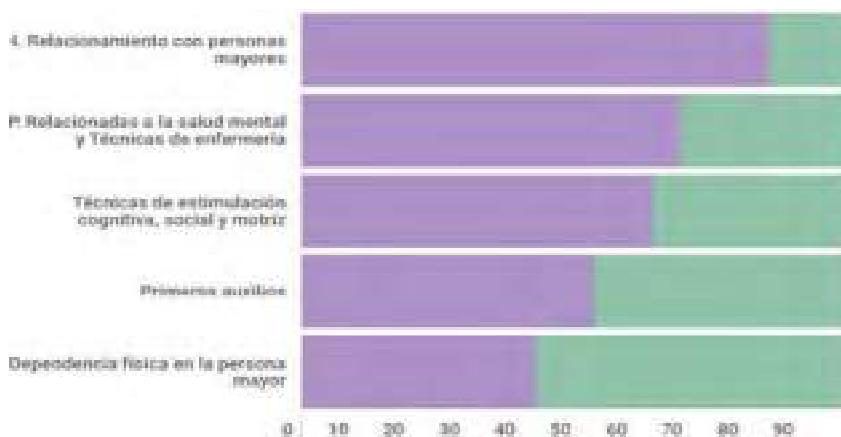
### Nutrición y dietética

La nutrición es un aspecto fundamental en la dinámica cotidiana de las personas mayores, por ello los cuidadores-as reconocen su importancia y la necesidad de generar espacios de capacitación en dicho tema. La nutrición debe ser un aspecto vital para tener en cuenta en la prestación e intervención desde los servicios que se les presta en los centros de cuidado. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen su base en la modificación de hábitos y conductas para incorporar otras como: la realización de actividad física regular, disminución del consumo de alcohol o tabaco y la adopción de una dieta saludable adaptada a las necesidades propias del envejecimiento (Alvarado-García et al., 2017).

*“Necesitamos cursos de nutrición y dietética para el adulto mayor. Algunos abuelos toca darles la comida a otros le da pereza masticar o coger la cuchara entonces yo me siento y les cuchareo y comen felices...uno ya sabe si toca darle en un pan escondido el medicamento, si molido en jugo y así”* (Mujer de 55 años, cuidadora de centro de cuidado para personas mayores)

### Otras áreas de interés que los cuidadores quieren formarse

De acuerdo en las áreas que les interesaría capacitarse para la tarea de cuidados a los encuestados se evidenció que: del 100% de los participantes el 84,2% refirió querer capacitarse en habilidades para el relacionamiento con el persona mayor, el 68,4% sobre el abordaje de patologías vinculadas a la salud mental y técnicas de enfermería, el 63,1% sobre técnicas de estimulación cognitiva, social, motriz, abordaje con las familias y cuidados paliativos y al final de la vida, el 52,6% refirió interés en primeros auxilios, finalmente el 42,1% expresó su interés en dependencia física del persona mayor.



Fuente: Elaboración propia

### Contenidos similares

En cuanto a los contenidos de formación se encontraron en las entrevista y encuestas realizadas similitudes en las siguientes temáticas: cuidados generales para la atención de las enfermedades crónicas y afecciones de salud, primeros auxilios, cuidado del adulto mayor sano, legislación, guías y protocolos vigentes para la atención de personas mayores, bioseguridad, nutrición y alimentación saludable,

mecánica corporal, condiciones físicas del ambiente, modelos de envejecimiento, conceptos de vejez, cambios normales del envejecimiento, cultura del envejecimiento activo y saludable, control y manejo de las enfermedades crónicas, prácticas de cuidado de la salud: higiene corporal, foto-protección, higiene del sueño, actividad física, deporte, recreación y ocio, cuidados de la visión, bucal, y la audición, cuidado ergonómico, síndromes geriátricos y medidas para prevenir su incidencia. **Nube de palabras conceptos similares**



**Fuente: elaboración propia**

#### **Contenidos poco frecuentes**

Otros temas no tan frecuentes en los currículos fueron: técnicas de masajes para los adultos mayores, terapia ocupacional, manejo asertivo del duelo, estimulación física, recreación del adulto mayor, desempeño comunicativo, importancia del cuidador en los servicios de salud, acercamiento de las emociones y solo en tres programas se mencionó la sexualidad en la vejez. La mayoría de estos cursos son tomados por familiares o cuidadores informales, quienes acuden a éstos, principalmente por fatiga laboral. Esto podría deberse a que, pese al esfuerzo político, aún falta dignificar la labor de los cuidadores y cuidadores, así como ofrecer oportunidades dignas de empleabilidad que les motive quizá a formarse.

#### **Nube de palabras temáticas poco frecuentes**



**Fuente:** Elaboración propia

A modo de cierre se deben crear e incluir planes de estudios holísticos e interdisciplinarios donde se trascienda de los aspectos técnicos. A nivel país se evidencia heterogeneidad en los programas de formación y homogeneidad en las temáticas de formación, modalidad y carga horaria. Por su parte no se evidencian métodos claros de evaluación del logro de competencias para profesionales y técnicos formados para el cuidado de personas mayores.

Asimismo, se evidencia diferencias en los centros rurales y urbanos en cuanto a: infraestructura, número de personas adultas mayores a cargo, días de descanso, personal que se contrata, posibilidades de educación y nivel educativo alcanzado. El área rural en Colombia requiere de intervenciones urgentes y precisas puesto la mayoría de los cuidadores tienen primaria incompleta lo que genera brechas de formación en relación con las áreas urbanas, baja calidad en los servicios de cuidado, poco conocimiento de las ofertas académicas y poca cualificación del talento humano que ejerce la labor de cuidado.

Los cursos de formación para cuidadores deben centrarse en la humanización, garantía de derechos y atención centrada en la persona esto como una estrategia de fomentar calidad de vida, independencia y participación social de las personas mayores. La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva (Rodríguez, 2010).

Aunque el proyecto no da cuenta de las siguientes problemáticas, por el alcance de sus objetivos, es importante mencionarlas. Las dificultades a nivel laboral son otro aspecto relevante que necesita intervención, los cuidadores evidencian el 63,1% desgaste físico en el cuidado, el 36,8% desgaste

emocional en el cuidado, el 26,3% dificultades vinculadas a la gestión de recursos materiales y humanos, el 15,7% dificultades en el relacionamiento con otros/as cuidadores/as e integrantes del equipo, el 10,5% el dificultades en el relacionamiento con las personas mayores y el 5,2% poca claridad respecto de mi rol y tareas específicas. La sobrecarga del cuidador es un factor determinante en las conductas negligentes y situaciones de malos tratos que llevan a la deshumanización dicha situación (Jaramillo et al., 2015)

En relación con el número de días de descanso que tienen los cuidadores se evidencia que: el 48,0% descansa un día a la semana, el 26,0% descansa 2 días a la semana, el 16,0% descansa 3 días a la semana y el 4,0% descansa 4 días o más días a la semana y finalmente el 4,0% de los cuidadores no tiene descanso en la semana. La mayor proporción de los cuidadores descansan solo un día a la semana y el 4,0% de los cuidadores no tiene descanso, lo que evidencia sobrecarga laboral, cansancio, agotamiento físico y mental. De igual manera se evidencia que hay cuidadores que tienen a cargo la responsabilidad de cuidar hasta 80 adultos mayores durante un turno contexto importante a ser intervenido en pro del mejoramiento de la calidad de vida de quienes cuidan y quienes son cuidados.

#### **5.4 Identificación de necesidades Costa Rica**

En el siguiente apartado se encontrará el análisis de las tres categorías propuestas. En el primer eje orientador se identifican los conceptos de cuidar y cuidados a partir de lo expresado por diferentes participantes de la investigación (cuidadoras / cuidadores, administradores de centros diurnos y de larga estancia, facilitadores de capacitaciones); en el siguiente eje se desarrolla la organización curricular (modalidad, didáctica y evaluación) y finalmente en el tercer eje se exponen los resultados en correspondencia a los contenidos.

##### **1. La concepción del cuidar y de los cuidados**

A todas las personas entrevistadas se les pidió, como pregunta inicial, una descripción de lo que entienden por la palabra cuidado y cuidar, desde sus experiencias y que hacer. Posteriormente se les solicitó seleccionar una definición de cuidados entre tres posibles opciones. varias, escogiendo la definición de cuidados con la que más se identifican dentro de su práctica profesional.

La conceptualización varía desde atenciones, actividades, servicio, apoyos hasta un concepto muy costarricense y contextualizado para este proceso: “*chinear*”, que es utilizado comúnmente en este caso, para nombrar el cuidado con cariño. Cabe mencionar también que Costa Rica se encuentra en una transición, no sólo en la implementación progresiva de un Sistema Nacional de Cuidados, sino que también el cambio paradigmático al mutar de un modelo Médico Rehabilitador a otros con enfoque psicosocial y la vivencia plena de acuerdo con el plan de vida y las diferentes formas de envejecer:

*“Los cuidados son un conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de una persona esté basada en la vigencia de derechos humanos”. (Administrador centro diurno urbano, febrero, 2022)*

*“El cuidado o los cuidados es todo aquello que tiene que ver con la seguridad integral y física de la persona adulta mayor”. (Administrador centro diurno urbano, febrero, 2022)*

*“Nosotros ahora apuntamos a un modelo de apoyos, más que de cuidados, que consideramos más la autonomía de las personas, tampoco es una situación antojadiza, sino que la normativa ahora apunta a los derechos de las personas, independientemente de su género, edad, entre otros y se diferencia del*

*modelo de cuidado que se apegaba más al modelo Médico Rehabilitador “(Facilitador técnico Asistencia integral de la persona Adulta mayor, febrero 2022)*

De acuerdo con lo anterior, la calidad de los cuidados está directamente relacionada con la calidad de vida de las personas, ya que estos procuran el bienestar, el cumplimiento de los derechos y la seguridad integral de las personas. Es importante visualizar también que se proponen los cuidados como una relación recíproca de dar y recibir. Hilando más fino:

*“Hablemos de cuidados sí, porque uno le puede dar significados distintos a ambas cosas, a mí me gusta hablar de cuidados por que puede ser más plural, más diverso, hay una relación tal vez menos vertical entre quien ejerce, ósea, si lo comparamos con cuidado usualmente hay una relación más horizontal entre quien cuida y la persona que es cuidada y cuando hablamos de cuidados es más como un tema de un servicio/ apoyo que se brinda a una persona que requiere pues de otra para realizar sus actividades cotidianas... no todas las personas mayores están en situación de dependencia ni todas las personas con discapacidad” (Gestor Políticas Públicas, Febrero 2022)*

Lo anterior se refleja en la Política Nacional de Cuidados 2021-2031, entendiéndose el cuidado como

*“una función social, un bien público y un derecho básico sin el cual no es posible concebir la existencia y la reproducción de la sociedad. Interpela a un nivel medular al propio concepto de humanidad; se funda en relaciones “cara a cara” entre quienes lo reciben y quienes lo proveen de forma remunerada o no remunerada.”*

Las diferentes respuestas dadas por los y las participantes demuestran los diferentes puntos de vista desde donde se entienden y ofrecen los cuidados a las personas mayores. La transición a modelos más humanizantes se percibe como necesidad no sólo entre gestores de políticas, sino también entre cuidadoras y algunas de las personas que forman actualmente en cuidados. Vemos como en las definiciones anteriores no se menciona explícitamente la atención centrada en la persona.

Visualizar los cuidados como un derecho básico y, por tanto, la corresponsabilidad de estos, son aspectos de cambio social evidenciados en la Política recién aprobada y que implican cambios en todos los niveles. Se da, además, un reconocimiento a la singularidad de cada persona en cuanto a necesidades, intereses y habilidades y que esta diversidad no solo es bien, sino que necesaria para brindar servicios de calidad. Cuidar es ante todo una relación de intercambio entre personas. En este sentido, Rodríguez et al., mencionan:

*“Cada persona es distinta a otra, y, por tanto, cada cuidado debe adaptarse a las características y circunstancias de esa persona. Por eso, cuando prestamos cuidados a personas que tienen alguna discapacidad, o que padecen una larga enfermedad y, especialmente, cuando esas situaciones desembocan en una situación de dependencia, debemos, más que nunca, adaptarnos a sus características y circunstancias personas, pues estas personas han perdido en mayor o menor grado su independencia y requieren de nuestro apoyo para conseguir vivir de la manera que desean” (Rodríguez et al., 2014)*

Una facilitadora del programa técnico Asistentes para la Atención Integral para la persona adulta mayor hace referencia a volver a lo básico de la palabra cuidar:

*“Los cuidados llevan a la forma en cómo se come el cuidado, cómo se lleva a la práctica y entonces hablamos en plural, hablamos de los cuidados...”*



*Tenemos que volver al origen Cuidar es yo te miro,*

*¿Qué cuidado? cuidado los afectos, las relaciones interpersonales, la integración social, el cuidado biológico por supuesto, cuidar el espíritu que espíritu no es religión. Estamos hablando de gerontología.” (Facilitadora técnico Atención integral de la persona adulta mayor. Febrero 2022)*

Encontramos entonces, que los cuidados tienen distintas áreas de acción que van desde la higiene personal, bienestar integral, humanización y garantía de derechos hasta el acompañamiento afectivo, respetuoso y desde una mirada gerontológica desde el modelo biopsicosocial.

En términos de la Política Nacional en cuestión, se diferencian dos tipos de cuidados (PNC, 2021):

1. Cuidados informales: familiares, voluntarios o amigos no profesionales, efectuados de manera solidaria, es decir, se realizan de manera no remunerada.
2. Servicios formales de cuidado: sujetos a algún tipo de regulación, contrato de trabajo, y que quienes lo ejercen reciben remuneración por ellos. En esta categoría están aquellos brindados por el Estado, las organizaciones de bien social y el mercado.

Tanto en la política mencionada como en algunas personas que capacitan se evidencia la incorporación de la Atención centrada en la persona como eje que articula el accionar.

Es importante resaltar que, en las conversaciones con las personas consultadas, fue recurrente el uso de la palabra “chinear” como sinónimo de cuidar y más específicamente de un cuidado centrado en las personas. Este vocablo utilizado en Centroamérica tiene múltiples usos y significados que varían desde cargar a un niño, arrullar, preocuparse por alguien, hasta consentir a una persona o animal. En el caso de Costa Rica y como lo menciona la RAE<sup>37</sup>, chinear es cuidar con cariño y esmero a algo o alguien. Chinear a los adultos mayores puede ser entonces en Costa Rica, una aproximación a una atención donde las personas sean el centro de los cuidados.

Para concluir, es importante mencionar que el modelo de atención centrada en la persona es mencionado como tal en dos ocasiones por las personas participantes, aunque en las demás entrevistas se dan acercamientos a la humanización de los cuidados. Algunas iniciativas nacionales se encuentran llevando a la práctica estos conceptos, propiciando la vida y la participación comunitaria, como es el caso que se plantea a continuación:

*“En el centro creemos que la persona adulta mayor debe ser el protagonista de su autocuidado para propiciar un envejecimiento activo y autónomo integrado a la comunidad.*

*Por eso hablamos del Modelo de Atención Gerontocomunitaria basada en la Atención Centrada en la Persona y el envejecimiento activo” (Administrador de Centro Diurno)*

El comentario anterior resalta lo vital que resulta ser la vida en comunidad para cualquier persona y plantea la necesidad de propiciar espacios amigables con poblaciones en situación de dependencia, propiciando la toma de decisiones conjunta, el diseño participativo, la apropiación y adaptación de espacios públicos e incluso, contemplar el diseño universal para crear ciudades. Realizar vínculo

---

<sup>37</sup> Definición de chinear: <https://dle.rae.es/chinear>

comunitario en todos los escenarios de los cuidados, ya sea que este se de en la comunidad del domicilio o bien, la comunidad en la que está la institución que brinda servicios.

Respecto a la percepción de qué es el cuidado de parte de los que realizan la tarea, en la encuesta realizada a 44 personas cuidadoras, el 76% eligieron entre las opciones que se les dieron, una definición de cuidado que se encuentra alineado al enfoque ACP.

La numerosa cantidad de cursos y modalidades disponibles hacen que sean accesibles para diferentes poblaciones, siendo uno de los retos crear modalidades y estrategias didácticas que se ajusten a las características de los y las cuidadoras, haciendo llegar esas capacitaciones a una población de personas cuidadoras con características específicas a nivel educativo, social, laboral y de disponibilidad horaria.

El acelerado envejecimiento de la población y por ende la demanda de servicios ha provocado una creciente de instancias públicas y privadas ofreciendo cursos relacionados a los cuidados y valdría la pena incentivar encuentros para compartir experiencias y perspectivas, articular el cambio social que se desea propiciar y direccionar acciones hacia ahí. Si bien es cierto el MNC establece las generalidades que debe tener una formación para asistentes de personas mayores, esta cualificación es un primer nivel de alineación, dado que incluso, encontramos diferentes maneras de nombrar la labor de las cuidadoras y cuidadores de personas adultas mayores en el país y diferentes niveles de profesionalización.

Dentro de las posibilidades educativas propuestas, se encuentran también los espacios de encuentro e intercambio, seminarios y celebraciones gremiales entre cuidadoras y cuidadores.

## **2. Organización curricular: modalidad, estrategias didácticas y estrategias de evaluación.**

En este apartado se abordarán los diferentes componentes que componen las propuestas curriculares, cómo estas se organizan y el parecer de las personas entrevistadas y encuestadas, todas involucradas en el cuidado de personas adultas mayores.

La amplia oferta formativa relacionada a cuidados que está disponible en Costa Rica se encuentra tanto en instituciones públicas como privadas, con requisitos de ingreso, duración y costos de inversión distintos, así como también con variables en abordajes y contenidos. La mayoría de estos cursos se encuentran disponibles en la Gran Área Metropolitana y en el caso de las zonas rurales y costeras, se dan por demanda.

Diferentes universidades ofrecen especializaciones en gerontología y geriatría. En el caso de la formación técnica, el INA es el ente rector de la formación de asistentes, esta institución estatal además cuenta con alcance nacional. Los centros diurnos y de larga estancia son además de quienes ofertan los servicios, centros de información, divulgación y promoción de derechos de personas mayores y sus cuidadores y las capacitaciones que ofrecen son relevantes para cuidadoras y familiares de adultos mayores.

La mayor parte de la oferta son cursos cortos, capacitaciones y talleres, los cuales son mayoritariamente abiertos a todo público: cuidadores formales, cuidadores familiares y personas interesadas. Los cursos cortos generalmente dan un certificado de participación y también se encuentra disponible la capacitación para certificarse con un nivel de técnico 1, según el MNC.

Los centros autorizados para capacitar técnicamente asistentes de personas mayores se encuentran a excepción del INA, en la GAM y son procesos educativos intensivos, donde los y las

estudiantes deben disponer de varias horas diarias durante varios meses para completar los diferentes módulos teórico- prácticos.

Hasta antes de la emergencia por COVID-19 la mayoría de los cursos y actividades se realizaban de forma presencial. Actualmente las propuestas no solo se han diversificado en cantidad, sino que también han incorporado nuevas modalidades educativas y tecnologías, lo que ha facilitado el ingreso y permanencia de estudiantes de diferentes zonas del país, aunque para que esto se realice, se requiere articulación con otras instituciones, por el ejemplo con el ICE y servidores de internet.

Los programas que egresan estudiantes como técnico 1 tiene en común la utilización de algunas estrategias teórico- prácticas, destinando regularmente al final del programa, un espacio de práctica supervisada en centros diurnos y centros de larga estancia del país, tal y como lo establece el MNC. La duración de los programas es variable y continuando con los programas técnicos alineados al MNC, es superior a las 400 horas, donde encontramos modalidades presenciales, combinadas y virtuales, dependiendo de cada casa de enseñanza.

El MNC establece que las personas egresadas como Asistente integral para la persona adulta, técnico 1, al egresar pueden:

*“Asistir de forma integral a la persona adulta mayor en la realización de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, así como en la implementación de acciones de prevención y atención ante accidentes y emergencias, según las necesidades, preferencias, procedimientos y protocolos técnicos, principios bioéticos, envejecimiento activo en cumplimiento con la normativa vigente, con orientación a la calidad, disposición para el trabajo en equipo, así mismo, con comunicación asertiva y en respuesta a las indicaciones dadas por su superior inmediato”* (Marco Nacional de Cualificaciones de la Educación y Formación Técnica Profesional de Costa Rica, 2021)

Actualmente, instituciones y organizaciones públicas y privadas ofrecen cursos formativos para cuidadores y cuidadoras, como por ejemplo el INA, OIFA, MTSS, CCSS, la

Universidad La Salle, Universidad San Judas Tadeo, Universidad Juan Pablo II, Universidad de

Costa Rica, Universidad Nacional de Costa Rica, Hogar PROPAM, Universidad Santa Paula. Asociaciones como AGECO y ASCADA establecen estrategias regularmente con universidades. La oferta de estos cursos ha sido hasta el momento por demanda, al menos en el caso del INA, dando prioridad a personas cuidadoras que ya se encuentran trabajando.

Con relación a los requisitos mínimos para acceder a la oferta académica, el MNC y, por tanto, los cursos alineados a este solicitan como nivel escolar requerido el II ciclo de Enseñanza General Básica. La experiencia como cuidadores y cuidadoras se toma en consideración más no es determinante, como sí lo es saber leer y escribir y tener interés por formarse en cuidados de personas adultas mayores. En las modalidades virtuales se solicita además tener conocimientos básicos de uso de computadoras y aplicaciones como WhatsApp, zoom y correo electrónico, tener a disposición un dispositivo y acceso a internet. Los cursos presenciales se llevan a cabo en diferentes horarios y días: encontrando propuestas entre semana y otras, fines de semana en horario de la mañana y tarde.

El acceso a los planes de estudio (módulos, contenidos, estrategias didácticas y evaluativas, bases epistemológicas...), duración y costos fueron determinados por cada institución educativa y se les respetó

la cantidad de información que deseaban aportar a esta investigación. En los programas de estudios no se evidencian claramente las metodologías didácticas y de evaluación utilizadas por lo que en este aspecto se hizo uso de las entrevistas sostenidas con formadores, donde se mencionan las metodologías participativas, aprender haciendo y enlazando con la práctica diaria de los y las estudiantes, la utilización de estrategias de planificación y registro cotidiano como la bitácora gerontológica o el Plan de Cuidados.

Mencionan, además, la utilización de estrategias de evaluación en proceso, donde se le retribuye al estudiante con aportes y permite que estos sean sujetos activos en sus aprendizajes: portafolios, juegos categoriales, actividades de ejecución, entre otros. En el caso del INA se menciona, además, la facilitación y evaluación formativa para el desarrollo de competencias a partir del año 2022.

### **Inserción en el sistema educativo del curso**

Existe un consenso entre las diferentes poblaciones consultadas sobre la proyección de los cursos en cuanto a inserción en el sistema educativo, donde se prefiere la opción técnica sobre las otras modalidades: cursos cortos, talleres, entre otros.

La certificación de estos cursos es variada y depende de cada institución: en el caso de los cursos alineados con el MNC la certificación se encuentra validada por esta institución y el INA. En el caso de las universidades ellas mismas certifican, generalmente con certificados de participación, exceptuando las especialidades las cuales otorgan un grado académico. Este diverso escenario muestra un desafío actual: accesibilidad y legitimidad de las formaciones, así la proyección y posterior inclusión laboral.

Las personas encargadas de políticas públicas y encargados de centros diurnos y de larga estadía coinciden en el reconocimiento de la labor del INA como ente rector de la educación técnica y su posibilidad de ofrecer educación técnica de calidad y accesible en distintas partes del país.

Uno de los principales retos identificados por facilitadores de los programas de capacitación es el cambio de paradigmas, transitando del enfoque médico/ sanitario a otros más humanizados. Mencionan que la disposición y la empatía son fundamentales para este proceso.

Para las personas encargadas de políticas públicas y de acuerdo con la política vigente, la actual prioridad en relación con la formación en cuidados es para cuidadores y cuidadoras que se desempeñan en los domicilios, así como también la importancia de que otros niveles y opciones educativas incorporen la atención de personas mayores en sus programas:

*“Podríamos verlo como diferentes escalas: desde algunos que requieren una formación universitaria, pero otro bloque que podría recibir una capacitación técnica, donde la apuesta que hemos hecho es que sea el INA donde mayoritariamente se den esos cursos (o que certifique) y que se pueda ampliar más la cobertura” (Gestor Política Pública, febrero 2022)*

### **Trayectorias educativas de quienes cuidan**

Los documentos nacionales consultados y las encuestas realizadas a cuidadores y cuidadoras coinciden en que las personas que cuidan tienen en su mayoría el 6to grado o, dicho de otra manera, II Ciclo de enseñanza general básica. Las encuestas muestran, además, que el 36% tiene el colegio incompleto y el 14% no cuenta con ningún grado académico.

En cuanto a la capacitación específica en cuidados o atención a personas mayores o personas en situación de dependencia, el 54% mencionan que, al momento, no han llevado ningún tipo de

capacitación. El 22% han llevado cursos extensos de más de 151 horas y el 22% ha llevado cursos cortos o intermedios. La respuesta de las personas que mencionaron tener alguna formación vinculada a cuidados fue variada, mencionando los siguientes cursos

- Asistente de paciente ● Técnico Asistente integral de la ● Asistente geriátrico persona adulta mayor
- Curso de Demencias ● Enfermería, Terapia física,
- Masajes para el adulto mayor ● Medicina general
- Estética ● Cuidadores de adultos mayores
- Cuidados gerontológicos ● Curso cuidador
- Administración sanitaria ● Curso gerocultora

Algunas de las cuidadoras que nombraron no haber llevado cursos hasta el momento, rescatan los aprendizajes que han propiciado su trabajo como voluntarias y colaboradoras de centros diurnos, atención domiciliaria y cuidado de familiares o vecinos.

De las personas cuidadoras que participaron de la consulta, el **25% tienen entre 6 y 11 meses de dedicarse a los cuidados y el 44% tienen entre 4 y 15 años**, por lo que hablamos de poseen una importante experiencia en los cuidados:

*“Muchas son personas que requieren la formación porque ya tienen cierta experiencia y quieren afianzar conocimientos, formarse profesionalmente. Algunos tienen 6to y otros 9no, antes se pedía 9no como mínimo. En cuanto a edades, existen desde los 18 hasta los 63 años, por ejemplo, pero en su mayoría andan entre los 18 a 40 años, pero ya vas a ver que la apertura es para todo tipo de población, tanto en edad como en género, hemos tenido también población LGBTI. Es muy importante y estadísticamente es muy marcado el dominio femenino en la formación, podemos decir que es un 10 a 1, es bastante” (Formador técnico en Asistencia integral de personas mayores)*

Tanto cuidadoras como administradores de Centros diurnos mencionaron la falta de presupuesto como una limitante en la contratación de cuidadores y cuidadoras. Como ya se mencionó, en el caso de los centros diurnos, se apoyan del trabajo voluntario y los cuidados son delegados a otros perfiles profesionales:

*“En nuestro centro los departamentos de terapia física, ocupacional y psicología se encargan de cuidar al adulto mayor ya que no se tienen fondos para pagar cuidadores” (Administrador Centro diurno urbano, febrero, 2022)*

El 86% de los cuidadores y cuidadoras consultadas mencionan que realizan los trabajos de cuidados por vocación y gusto por las personas mayores y el 47% del total menciona tener experiencia previa en cuidados. El 36% de las personas lo ven como una posibilidad laboral.

La información aportada por cuidadores y cuidadoras muestra la necesidad de capacitación y que esta tome en consideración los años de experiencia para mejorar las labores. También, la atención en el domicilio es una tónica tanto para gestores de políticas públicas como para cuidadoras, las cuales en el momento de mencionar el lugar de trabajo esta modalidad es recurrente. Se encuentra además

la necesidad de que las casas de formación se vinculen con los centros y empresas para un acompañamiento que ayuden a la incorporación en el ámbito laboral.

Unido a lo anterior, se contempla la posibilidad de diseñar programas formativos diferenciados por servicios y población a la que atienden (cuidados de larga estadía, centros diurnos y atención domiciliar) y así poder elaborar experiencias educativas que partan de contextos laborales específicos.

También surge la diferenciación entre las personas que ya se encuentran trabajando y las personas que desean formarse como cuidadores, sin experiencia previa. Estas características pueden ser consideradas a la hora de establecer horarios, modalidades y carga académica y metodologías para combinar la formación y la vida laboral.

### **Perfil de egreso**

En relación con este tema, desde la gestión de políticas públicas se plantea que las personas cuidadoras sean capaces de acompañar y propiciar la autonomía de las personas adultas mayores y la mejora en la calidad de vida desde abordajes centrados en la persona tanto en centros diurnos como de larga estancia, percepción compartida con los centros de formación:

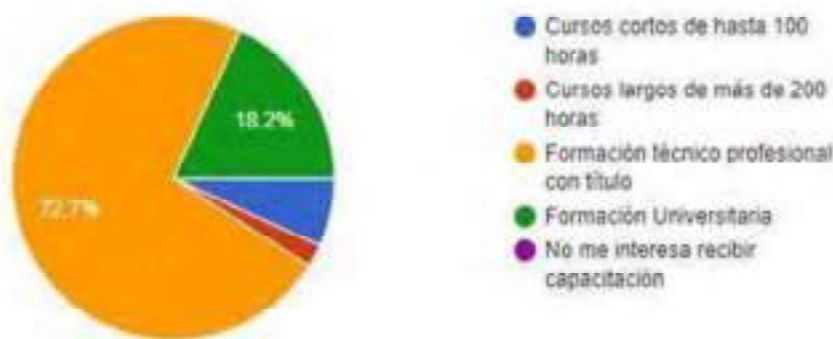
*“el perfil de la persona cuidadora podría variar en función de las necesidades que tenga la persona que requiere los cuidados, pero si estamos en el escenario de una persona que tiene enfermedades crónicas, que requiere cuidados clínicos, esa persona cuidadora es su soporte, su mano derecha por decirlo así, para realizar sus actividades y poder en la medida de lo posible, potenciar su autonomía” (Gestor Políticas Públicas)*

### **Modalidad cursada**

De acuerdo con los cuidadores y cuidadoras consultas, la mayoría están interesados en capacitarse y consideran la educación como un camino para mejorar su quehacer diario y condiciones laborales. Aquí estamos ante una posibilidad de mejora, ya que hay interés en capacitarse, pero pocos lo están haciendo, importante valorar estrategias para asegurar el acceso y permanencia a los cursos, lo que puede implicar modalidades más flexibles, coordinación con centros de trabajo, metodologías prácticas y una apuesta por la incorporación de tecnologías a la educación. Así mismo, considerar una estructura curricular en bloques o módulos que ofrezca certificaciones parciales que conduzcan a una titulación final.

En la revisión de los cursos que actualmente se encuentran en oferta, se evidencia que la modalidad predominante hasta el momento fue la presencial, con un aumento importante en los últimos años de modalidades virtuales y combinadas.

En cuanto a la **modalidad de preferencia**, las cuidadoras seleccionaron de la siguiente manera:



*Modalidad de preferencia de personas cuidadoras. Abril 2022. Elaboración propia*

El gráfico anterior nos ejemplifica el parecer de las cuidadoras, donde el 72% menciona la preferencia por optar por un nivel técnico de formación en cuidados, seguido de la formación universitaria y posteriormente los cursos cortos de hasta 100 horas.

Un reto interesante deviene al encontrar formas de capacitar técnicamente a los y las cuidadoras con el escenario descrito anteriormente, donde la mayoría de las personas que se encuentran trabajando, tienen largas jornadas y pocos días de descanso. Una posibilidad puede ser la siguiente preferencia de las mismas personas cuidadoras: una formación modular compuesta por cursos cortos de hasta 100 horas que en conjunto certifiquen como técnico en asistencia en cuidados de personas mayores.

En cuanto a la forma de impartir las clases, la modalidad virtual sincrónica es la de mayor preferencia, seguida por modalidades que combinan lo presencial y lo virtual. El aprendizaje en el aula no deja de tener vigencia e importancia. A continuación, un gráfico sobre el parecer de las personas cuidadoras consultadas sobre este punto:



*Modalidad más beneficiosa para el acceso y sostenibilidad de capacitaciones según las personas cuidadoras. Abril 2022. Elaboración propia*

Las modalidades deben considerarse también en relación con los territorios donde se van a impartir los programas de capacitación, ajustándose a la realidad y posibilidades de cada uno y de los y las cuidadoras que desean formarse. Lo que sí, es que la gama de posibilidades se ha ampliado y en la combinación puede estar la estrategia.

*“Ahora con la pandemia hemos logrado darlos (los cursos) por medio de herramientas tecnológicas, pero cuando no ha sido así, son presenciales, entonces la gente tiene que ir a clases y el docente también, entonces no es lo mismo asignar a un docente para dar este programa en Talamanca o Alajuelita, donde tienen diferencias importantes en horas de desplazamiento...”* (Facilitador Técnico Atención Integral de PAMs)

La implementación de estrategias virtuales aporta también a la descentralización de las propuestas formativas, facilitando algunos aspectos logísticos para los facilitadores de los cursos y las instituciones que los brindan, flexibilizando horarios donde cada estudiante pueda ajustar a su realidad personal y laboral y por otro lado, planteando nuevos retos como la accesibilidad a dispositivos tecnológicos y la necesidad de la articulación interinstitucional, especialmente en zonas rurales y costeras donde en ocasiones no existe acceso a internet e incluso luz eléctrica.

Considerando lo planteado en los párrafos anteriores, las modalidades combinadas que incluyen clases presenciales y virtuales son las más seleccionadas, siempre mencionando la importancia del aprendizaje a través de la experiencia, el acompañamiento docente, el intercambio con pares para propiciar aprendizajes, el acompañamiento para utilizar las herramientas tecnológicas y las prácticas presenciales.

### **Perfil docente**

En las diferentes instancias educativas donde se ofrecen capacitaciones a cuidadores y cuidadoras el equipo docente está conformado por profesionales de diferentes disciplinas, predominando: psicología, enfermería, nutrición, terapia física, trabajo social, terapia ocupacional, educación física, gerontología, medicina y educación, todos con grado de licenciatura o superiores:

*“Yo me autodefino como gerontóloga y cuidadora, no solo porque formalmente soy gerontóloga con grado universitario, sino que también porque disfruto muchísimo esto y también me visualizo en mi proceso de envejecimiento. Soy la persona más importante dentro de mis labores de cuidados”* (Formadora Técnico. Institución privada)

*“Aquí tenemos de todo como en botica, de todas las disciplinas, hasta en currículo, pero el 98% somos profesionales en gerontología, es un requisito casi. Otros compañeros que no son gerontólogos formales académicos es porque tienen mucho tiempo de trabajar con nosotros, hablan el lenguaje gerontológico que han ido aprendiendo, han hecho algunos cursos que les dan aproximaciones, pero se sienten cómodos en su disciplina base y en el momento en que se integran a todo el corpus teórico epistemológico no hay disonancia, ellos se sintonizan...”* (Formadora Técnico. Institución privada)

Esta característica multidisciplinaria aporta diferentes miradas al proceso educativo que deben ser atravesadas por el enfoque de atención centrada en la persona y los elementos propios que la gerontología puede impregnar en cada disciplina con miras a humanizar y personalizar cada vez más los cuidados. Vale resaltar el valor de la identificación profesional y laboral más allá de la formación base que menciona la facilitadora del técnico, ya que esa disposición y afinidad gerontológica marca la mirada desde la cual se abordarán los contenidos.

El perfil docente está conformado por personas tanto del ámbito de la salud como de las áreas psicosocial, siendo la gerontología y la educación los ejes de enlace. En algunas de las instituciones



consultadas se evidencia poca rotación de las personas que facilitan los procesos, son generalmente instituciones que tienen años de trayectoria en formación en cuidados. En otros casos, las personas mediadoras rotan incluso entre formaciones relacionadas como los cursos de asistencia a personas con discapacidad y cuidado de la niñez.

### **Estrategias didácticas, de evaluación y distribución de cargas horarias**

El nivel educativo reportado tanto en documentos oficiales de población como en la encuesta realizada para efectos de esta investigación es determinante, ya que esto se debe tomar en consideración en la elaboración de estrategias didácticas y evaluativas: hablamos de personas con edad promedio de 45 años que llevan generalmente cargas laborales y de cuidados, con una educación de primaria o secundaria incompleta en la mayoría de los casos y que, en general, se encuentran retomando los estudios. Lo anterior tiene implicación en los procesos de atención, concentración y memoria de las personas estudiantes, así como el conocimiento de recursos tecnológicos.

Las experiencias previas y las estrategias participativas son otros factores determinantes, ya que según se evidencia, la mayoría de las personas tienen varios meses o años de realizar labores de cuidado. La constante articulación entre la teoría y la práctica debe ser un factor clave en la mediación, tanto en estudiantes con experiencia como en los que recién se incorporan o están próximos a hacerlo.

La pregunta en torno a estrategias didácticas fue enfocada con la intención de conocer las estrategias que han sido de mayor utilidad, practicidad y eficiencia para las personas cuidadoras que se encuentran formando, como para los y las docentes de los diferentes programas educativos consultados.

Al respecto, las respuestas coincidieron en estrategias que vinculan a la persona estudiante con la práctica, así como el aprender haciendo y reflexionando sobre lo que se hace. Existe un consenso entre formadores en usar técnicas tanto para la facilitación como para la evaluación, que inviten a las personas estudiantes a involucrarse en su propio proceso de aprendizaje, cuestionar lo que se está aprendiendo y llevarlo a la práctica:

*“En realidad todas las que impliquen participación de las personas estudiantes. Y podríamos mencionar en gran cantidad es que nosotros, por ejemplo, nunca existe ese magistralismo, podemos estar dirigiendo, pero siempre involucramos la participación de la persona participante, pero sí la parrilla es muy amplia: mapas conceptuales, mapas mentales, técnica de los 4 pasos, proyectos” (Facilitadora Técnico, febrero 2022)*

En este punto, resulta relevante la labor que realizan las casas de formación en cuanto a la actualización de técnicas para la mediación en su personal docente, ya que se mencionó en varias ocasiones por las personas que capacitan, sentir motivación al aprender técnicas por medio de actividades de formación propiciada por los propios empleadores.

La mejora en la labor docente implica directamente un mejoramiento en el programa de estudios que se ofrece, por lo que según mencionan las personas facilitadoras consultadas, que las técnicas utilizadas han sido variadas y con buenos resultados en los y las estudiantes:

*“Portafolios de evidencias, juegos categoriales, es muy diverso, muy amplio y en realidad la institución nos convierte, nos da las herramientas, entonces no solamente llegamos a dar lo que sabemos, no, no, se encargan de estar dándonos cursos de determinadas horas*

*anualmente, para que reforcemos los conocimientos pedagógicos” (Facilitadora Técnico, febrero, 2022)*

Se menciona, además, abordajes específicos como el Enfoque constructivista y como esta metodología se ajusta a las necesidades de la población estudiante:

*“Enfoque constructivista definitivamente, no magistral, no, la gente no te aprehende sí, hay un vicio que se lanzó este 2020 que son estos famosos webinars y toda esta nota que realmente son buenos si vos estás buscando actualizarte. Pero si ya estamos hablando de profesionalizar una ocupación como los cuidados, tienen que construirlo porque es un proceso dialéctico, no sólo la dialéctica de como amarro toda la parte teórico-práctica, sino también como yo como persona voy a integrar todo este corpus novedoso con mis saberes previos. Si yo no logro esta concatenación, ¿entonces para qué sirvo?” (Formadora, febrero 2022)*

Las metodologías educativas han tenido un cambio significativo en los últimos años, teniendo un auge la educación por medio de herramientas virtuales y la educación técnica de Costa Rica no es la excepción. La incorporación de la tecnología en la formación de cuidadores y cuidadoras es un reto y al mismo tiempo una posibilidad: por un lado, el acceso a dispositivos móviles y a internet no están disponibles en todas las zonas del país, surge también la necesidad de introducir a las personas estudiantes en las herramientas y plataformas a utilizar y, a su vez, también abre las posibilidades para que muchas más personas puedan tener acceso a los cursos y ajustar la carga horaria y las asignaciones a sus tiempos personales. Las diferentes instituciones educativas consultadas comentaron un aumento en las personas que ingresan a sus cursos desde la incorporación de las modalidades virtual y combinada.

*“Me gustaría que aparte de las clases virtuales, también pudieran ser prácticas para poder aprender en la práctica todos los retos que se nos puedan presentar” (Cuidadora, abril 2022)*

La cuidadora mencionada anteriormente resalta la aplicabilidad de modalidades combinadas, ya que permite, además, no perder la riqueza que aporta la presencialidad, el aprendizaje con pares y las actividades prácticas.

Unido a esto, las personas que capacitan mencionan que los cursos que se imparten son teórico- prácticos, donde se le dedica tiempo al análisis y conocimientos específicos, pero tiene el mismo peso la puesta en práctica de estos. Para finalizar los programas técnicos, hay una **Práctica final** la cual consiste en una pasantía en un centro diurno o de larga estancia y realizar las labores que le corresponden a las personas cuidadoras dentro de esa institución. Esta práctica tiene una extensión variable entre los programas, pero en general está compuesto por varios días a la semana de trabajo, en los cuales las personas estudiantes deben cumplir con horarios, normativas y actividades del centro. Esta Práctica final cuenta con el acompañamiento de una persona docente/ tutora que facilita el proceso de reflexión y mejora sobre la labor de los cuidadores y las cuidadoras.

### **Evaluación de los aprendizajes**

Las evaluaciones de los aprendizajes mencionados por los y las facilitadoras consultadas responden a las estrategias didácticas citadas en la mediación pedagógica, dando valor a los aprendizajes que se adquieren mediante la práctica:

*“se le valora también su desempeño como asistente, y la persona docente llega eventualmente a supervisar y a hablar con las personas que tienen esta persona a cargo para que nos digan cuál ha sido el desempeño de la persona para que pueda lograr o no ganar la práctica (Docente Técnico, febrero 2022)*

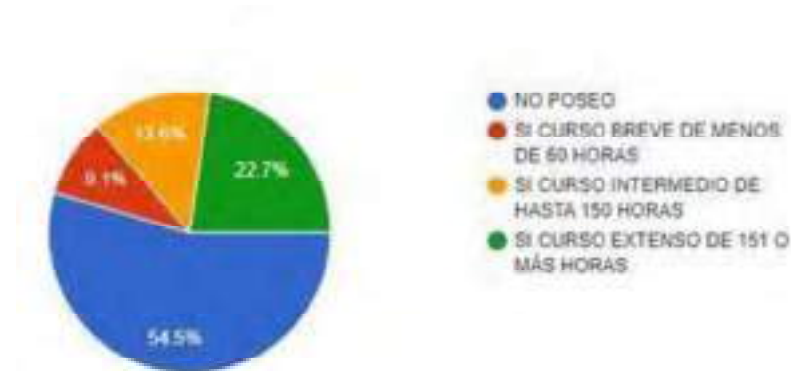
Se menciona el autoaprendizaje, la autoevaluación, la retroalimentación de los y las docentes en actividades prácticas, así como la diversificación de técnicas producto de la virtualidad de los procesos educativos:

*“En entornos virtuales nos funcionó muchísimo Vblogs donde los estudiantes sistematizan y después ellos se autoevalúan y hacen un reporte en función del video, pequeñas salas cuando estamos en clase, formularios, de todo, diferentes formas comprobatorias para ver si realmente quedaron claros los aprendizajes o no. Y también como es un enfoque constructivista y ellos tienen que construir, ahí nos damos cuenta si lo que te quedó claro a nivel teórico, realmente pudiste desarrollar las competencias praxis” (Formadora Técnico, febrero 2022)*

### Contenidos

Cuando se consulta a cuidadoras si poseen formación relacionada a los cuidados y la labor que desempeñan, el 54% menciona que no la ha recibido. Esto se encuentra directamente con la cantidad de años que tienen de experiencia, pues la mayoría mencionó en la misma encuesta, tener varios años de dedicarse a los cuidados, sean estos retribuidos económicamente o no.

Con el fin de visualizar mejor el acceso a programas formativos por parte de cuidadores y cuidadoras y la cantidad de horas de estas formaciones, se muestra el siguiente gráfico, resultado de la encuesta mencionada:



*Acceso de personas cuidadoras a programas formativos relacionados a cuidados de personas mayores. Abril 2022.*

*Elaboración propia*

Es importante mencionar en este punto que muchas de las cuidadoras participantes en esta investigación forman parte de un grupo organizado de cuidadoras y cuidadores, en el cual uno de los puntos en común es el interés en formarse.

Por otro lado, las personas cuidadoras mencionan que dentro de las áreas que **han recibido formación** están las técnicas de estimulación cognitiva, social y psicomotriz y habilidades para el

relacionamiento de las personas mayores, ambos con un 40% de selección. El 73% de las cuidadoras reconoce que la formación recibida es útil en la realización de tareas cotidianas referentes a sus labores.

El abordaje integral de personas implica un conocimiento general de amplios y en ocasiones diversos campos, situación que se ve reflejada cuando se consulta a personas que forman cuidadores y cuidadoras en diferentes instituciones educativas y administraciones de centros diurnos:

*“todo lo que es la parte de autonomía, legislación normativa vigente, luego la parte socioafectiva, técnicas asépticas que es muy importante, la parte de autocuidado también sumamente importante... luego el manejo ante situaciones de emergencias y desastres. (Facilitador Técnico, febrero 2022)*

*“El Cuidador del Centro es más un "Promotor de envejecimiento activo". Tratamos de formar en competencias relacionadas con el abordaje biopsicosocial , pero hacemos mucho énfasis en que aprendan a promover entre las personas adultas mayores la actividad física, el bienestar mental, la participación social y la alimentación saludable*

*(Administrador centro, 2022)*

Ambas participaciones permiten conocer la diversidad de temáticas que se deben abordar desde un plan de estudios, pero más allá de los contenidos, se apunta al cambio paradigmático en la atención de las personas mayores, inclinándose cada vez más a abordaje biopsicosocial que busca la integralidad de las personas mayores y de las personas que cuidan.

**Las áreas de interés** mencionadas por las cuidadoras son variadas también. En esta pregunta podían seleccionar todas las posibilidades mencionadas que consideran necesarias y donde el 65% aproximadamente de las cuidadoras menciona que, en orden de prioridad, los temas que les resultan de mayor interés son:

- Estimulación cognitiva, social y motriz
- Primeros auxilios
- Habilidades para el relacionamiento y comunicación de la persona mayor
- Trabajo con familias

El 90% de las cuidadoras mencionó que le gustaría saber sobre técnicas de contención y apoyo emocional para personas mayores. El 70% desea aprender sobre cómo proponer y ejecutar actividades de ocio y recreación y el 68% quiere conocer sobre traslados y cambios posturales.

A continuación, se presentan algunos de los contenidos solicitados y la percepción de las personas participantes:

*“Hay un tema que me parece a mí que es transversal en todo el proceso y es incorporar el enfoque de derechos humanos en todo el proceso de la formación, del ver que la tarea de los cuidados no es un asunto desde el modelo médico rehabilitador ni desde un punto de vista de caridad, sino más bien desde un punto de vista del respeto a la dignidad humana y de cómo los cuidados potencian esa dignidad de las personas que requieren cuidados. Y luego tiene que ver también con un conjunto de temas para el autocuidado de la persona que presta los*

*cuidados: para poder cuidar la persona que cuida tiene que autocuidarse, me parece que la malla curricular también deberá contemplar elementos de ese tipo” (Gestor Políticas públicas, febrero 2022)*

El comentario anterior nos centra en dos de los temas más recurrentes en el actual análisis de oferta formativa: la **importancia del trato humanizado** y del **autocuidado** de las personas que cuidan. Unido a la visión social del envejecimiento, la reflexión de **mitos**, creencias y **paradigmas en torno al envejecimiento** es uno de los temas identificados como vitales por cuidadoras, gestores de políticas públicas y personas facilitadoras:

*“Romper paradigmas, quitarnos unos lentes para ponernos otros porque también nosotros en algún momento veníamos contaminados de ese antiguo paradigma, como te digo, yo soy profesional en salud, profesional en docencia también y como profesional en salud, si uno venía, si existía esa necesidad amplia de renunciar al paradigma de cuidados y eso puede ser una de las situaciones un poco más complejas, pero que uno inmediato tiene que tener esa apertura para el cambio” (Formador técnico, febrero 2022)*

#### **Teorías gerontológicas, parte fundamental del plan de estudios:**

Parte de los cambios en el abordaje a personas mayores que se han venido mencionando como necesarios, está la visión desde la cual se forman los y las cuidadoras y esto se concreta en lo mencionado por docentes y estudiantes de la incorporación de miradas gerontológicas:

*“Las teorías gerontológicas definitivamente porque eso es lo que te cambia el paradigma, o sea, no hay discusión de que los cuidados biológicos tienen una metodología propia dada por enfermería principalmente: el baño se ejecuta cefalocaudal, punto. No discuta, así se tiene que hacer. La movilización mecánica se hace de tal forma, abra usted las piernas, usted como cuidadora porque tiene que proteger su columna, no discuta, hágalo. Obviamente, yo soy interaccionista simbólica y no te voy a hacer nada que no tenga claridad de porqué lo voy a hacer, entonces, obviamente, te podrás imaginar la discusión que yo me hecho con las otras profesoras de que tienen que explicar por qué x, y o Z, porque por la derecha o porque por la izquierda” (Formadora Técnico, febrero 2022)*

El reto resulta ser llevar a cabo los cuidados biológicos desde alternativas más humanizadoras, como es el caso de la Atención Centrada en la persona, reservando las técnicas específicas de cada área y propiciando la participación de las personas mayores, familias y personas cuidadoras y la mejora en la calidad de vida. El comentario anterior nos permite visualizar también la importancia de la pregunta dentro del aprendizaje, ya que no basta con “solo hacer” hace falta reflexionar sobre lo que se hace.

Como se ha venido haciendo alusión, los contenidos mencionados por cuidadoras son variados, por lo que a continuación se presenta una nube de palabras que agrupa los aportes realizados por cuidadores y cuidadoras mediante las encuestas realizadas:



### **5.5 Identificación de necesidades en Uruguay**

#### **Las perspectivas del cuidado y los enfoques epistemológicos de las currículas**

Desde los referentes de capacitación y decisores políticos las consideraciones entorno al concepto de cuidado destacan por jerarquizar tres aspectos que aparecen de forma permanente en sus respuestas: el respeto y promoción de los derechos de las personas mayores como un elemento central, el establecimiento de un vínculo cuidador/a-receptor/a del cuidado y contemplar variados aspectos sanitarios, afectivos y vinculares centrándose en los deseos de la persona.

La Convención Interamericana de los Derechos de las Personas Mayores ha de ser el eje vertebrador de la construcción de un sistema de cuidados orientados a las personas mayores, con la finalidad de acompañar y sostener procesos evolutivos y promover los procesos de autonomía e independencia. Desde el área política también se jerarquiza la importancia de entender al cuidado más allá de la persona que los recibe, contemplando también a quien cuida, así como a las necesidades e influencias del entorno, en particular de las familias, desde una perspectiva de corresponsabilidad frente a la tarea.

El otro concepto central vinculado al cuidado implica reconocer que, si bien las estadísticas reflejan que es una tarea realizada mayoritariamente por mujeres, es necesario deconstruir la percepción de que es una característica innata de las mujeres, y por lo tanto un mandato, lo que refleja estereotipos de género, para comprender que es una competencia que se aprende, que puede profesionalizarse y que por lo tanto requiere de formación a la que puede acceder cualquier persona.

Desde quienes representa al colectivo de dueños o referentes de ELEPEM también **se plantea el cuidado desde un paradigma de compromiso, respeto y defensa de los derechos. Se hace hincapié en la necesidad y los desafíos de garantizarlos ya que señalan que en las prácticas de atención orientadas a las personas mayores la violación de derechos sea por inacción o por imposición es un hecho cotidiano.** Esto implica para dichos actores estar atentos a las acciones dentro de las instituciones y valorizar las capacidades de las personas a quienes atienden, así como darse la posibilidad desde su rol de aprender todos los días como es que se cuida con calidad.

**Esta perspectiva pro derecho de los referentes de ELEPEM y que atiende centrándose o ateniendo a la persona se entrecruza con otros discursos desde un paradigma más clásico del cuidado, asociado a la idea de establecer rutinas y satisfacer necesidades del otro casi de forma exclusiva.** Pero incluso desde esta perspectiva tradicional se destaca la búsqueda de preservar la independencia funcional y la realización personal de las actividades de autocuidado por parte de la persona mayor dentro del ELEPEM, aunque **se señalan importantes dificultades para poder atender a las necesidades, deseos o pedidos de los usuarios cuando estos han de concretarse por fuera del centro, viéndose limitado el ejercicio de derecho a la circulación y participación social.**

Aquí un paradigma discapacitante y de limitación de la autonomía se instala en la combinación de una imposibilidad de la persona de realizar acciones de forma plenamente independiente sea por limitación física (ejemplo por necesidad de uso de la silla de ruedas) o cognitiva (ejemplo la desorientación asociada a los cuadros de demencia), con la falta de una respuesta del entorno que de soluciones para estas personas que cuentan con deseos y voluntad de hacerlo, pero no con recursos.

**Respecto a la percepción de que es el cuidado de parte de los que realizan la tarea** de acuerdo con la encuesta realizada a 46 personas cuidadoras el 65,2% al elegir entre tres opciones adhieren a una definición de cuidado que se alinea con el enfoque de atención centrada en la persona. El otro 34,8% eligen opciones que se vinculan con una perspectiva de cuidado que se centra en buscar proveer soluciones para aquellas personas en situación de dependencia pero que no consideran sus deseos o decisiones.

Pero de las entrevistas a cuidadoras de ELEPEM surgen conceptos asociados del segundo grupo, marcando así una diferencia entre la perspectiva teórica, el deber ser y la práctica cotidiana.

**Finalmente, de parte de las personas mayores al consultarles acerca de cómo perciben los cuidados que reciben señalan conformidad en relación con el personal, describiendo el tipo de interacciones cotidianas que los unen a quienes cuidan, principalmente apoyo en tareas de higiene y confort, pero también valoran cualidades como la afectividad en el trato.**

En síntesis, coexisten discursos y marcos políticos y legales vinculados al cuidado donde se jerarquizan paradigmas actuales como la perspectiva de derechos, género y el enfoque centrado en la persona, con prácticas que responden a modelos clásicos del cuidar, centrados en aspectos sanitarios y de lo que se entiende por un servicio estructurado y eficiente. Esto sobre todo a nivel de ELEPEM, genera condiciones que buscan garantizar la seguridad de la persona mayor, pero visto desde una perspectiva centrada en el déficit, tanto de la persona como de las condiciones de las instituciones, lo que limita la posibilidad de dar respuestas que potencien la autonomía, toma de decisiones y el desarrollo de actividades significativas en el marco de la vida cotidiana. En el caso de los Centros de día y CREA, el enfoque ACP y la promoción de la participación y cogestión con las personas mayores está más desarrollado pero aparecen dificultades presupuestales o de índole formativo que desafían a quienes cuidan en relación al manejo de grupos o de situaciones difíciles como puede ser la vinculación con las familias.

El modelo ACP implica un ejercicio de corresponsabilidad entre todas las personas vinculadas al cuidado de las personas mayores, con especial atención a lo que la propia persona requiera, proyectando un plan de vida posible, que trascienda la sola satisfacción de necesidades orgánicas, sanitarias o de hotelería, para brindar la posibilidad de experimentar vivencias deseables y afectivamente significativas en esta etapa de la vida. Este último aspecto muestra cierta variabilidad en las respuestas sobre todo en el colectivo de quienes cuidan, gestionan ELEPEM o brindan formación, ya que se visualizan afirmaciones vinculadas al modelo ACP y otras que enfatizan el modelo asistencialista. **En consecuencia, si bien la humanización y los derechos son elementos mencionados por los entrevistados y pueden verse en los planes de estudio relevados, incluir, transmitir y procurar que se implementen buenas prácticas basadas en evidencia, como las que surgen del relevamiento internacional, son una condición tanto en los planes de estudio, en la conformación del staff docente y en la evaluación formativa de quienes cuidan.**

### **Trayectorias educativas previas y futuras de quienes cuidan**

Describiendo las trayectorias educativas previas de quienes cuidan, tanto en el estudio de Aguirre (2013), López (2019), como el dato de las encuestas realizadas a quienes cuidan surge que en el entorno del 70% tiene como nivel máximo de estudios secundaria primer ciclo y que más del 50% no ha recibido ninguna formación en cuidados o solo han recibido cursos breves de menos de 60 horas de duración. **A su**



vez un aspecto señalado por los formadores es que un porcentaje relevante de quienes realizan los cursos lo hacen por obligación laboral o por ver la formación como una posibilidad de acceso a mejores condiciones laborales, y no tanto por un componente vocacional y de mejora del servicio, lo que los torna menos permeables a aprendizajes que impliquen cambios en sus prácticas y rutinas de cuidado. Esta percepción también puede verse en las respuestas de las/os cuidadoras/es encuestados ya que frente a la pregunta de la elección del por qué trabajar en cuidados y pudiendo marcar todas las opciones disponibles, si bien un 76% señala que la elección laboral es vocacional, hay un 39% que también argumentan motivos económicos como causa central.

En la currícula del curso de atención a la dependencia, se evidencia y es algo señalado por los propios informantes calificados que tiene fortalezas y debilidades. En primer lugar, su finalidad está en el abordaje de varios perfiles de población: niños y adultos en situación de dependencia y/o discapacidad y personas mayores en la misma situación, que pudiendo tener similitudes, en lo que son algunos procedimientos técnicos aplicables, tienen diferencias significativas vinculadas con las necesidades y características específicas de acuerdo con la etapa del ciclo vital que transitan.

También, el hecho de que la formación prepara para el trabajo tanto a nivel domiciliario como institucional incide en la cantidad de tiempo disponible para poder abordar temáticas específicas del ámbito institucional, tanto ELEPEM como Centro de día, que resultan claves para introducir la perspectiva de derecho en los cuidados, las estrategias comunicacionales con personas mayores, así como para la construcción y delimitación del rol laboral en dichos ámbitos. Los cursos del IFGU, Ginkgo o las capacitaciones de Inmayores si bien se centran en la atención gerontológica no delimitan ámbitos de inserción laboral específicos.

Debido a esto, dentro de las estrategias didácticas se podrían contemplar actividades diferenciadas **para quienes realicen cuidados de larga estadía o ambulatorios donde poder trabajar con participantes que comparten situaciones de trabajo cotidianas o intereses análogos. De esta forma es posible abordar contenidos, ejemplos y casos propios de la realidad que se encuentra en contextos laborales específicos.** Se trata de que la inducción profesional de los futuros/as cuidadores/as forme para el contexto donde se desarrollará la tarea. En este sentido se evidenciaron opiniones a favor de esta modalidad como en el caso de los dueños de ELEPEM, que incluso plantean ideas en relación con formar personas que tienen interés, pero no formación con una capacitación y pasantía inicial que le permita combinar la formación y la vida laboral.

También a nivel de los centros de día se realizan capacitaciones e inducciones iniciales en relación con lo que será el enfoque de abordaje de las personas mayores, dando cuenta de la especificidad de la intervención en dicho contexto. Las propias trabajadoras jerarquizan la importancia de formarse en aspectos de recreación, escucha activa y manejo de duelos, técnicas de trabajo con grupos, enseñanza de uso de tecnologías de la información-comunicación, protocolos de actuación frente a la detección de situación de vulneración de derechos y autocuidado frente a la tarea, que, son relevantes en los ELEPEM y resultan imprescindibles a nivel de los Centros de día.

**También surge cierta diferenciación entre lo que sería la formación de quienes están trabajando y lo que podría ser un proceso de profesionalización de futuros trabajadores del cuidado.** Desde los gestores de políticas priorizarían para quienes están trabajando una formación base más general,

tomando como antecedente el curso de atención a la dependencia, que luego a través de instancias de formación permanente permita la construcción de trayectorias específicas. Consideran adecuado formular una currícula modular y escalonada de forma que puedan acceder a la profesionalización y certificación.

Para los futuros trabajadores del cuidado la opinión es que se requiere una carga horaria más significativa y una mayor exigencia educativa previa para acceder al curso, aunque plantean que es imprescindible considerar aspectos de índole presupuestario, que se encuentran muy limitados y acotan las posibilidades tanto de los actuales cursos como posiblemente en las propuestas futuras.

### **Organización de la currículas**

La búsqueda de un estándar de formación equilibrado y acorde a la Convención Interamericana de los derechos de las personas mayores es un aspecto que comparten todos los entrevistados y que se pretende desde el Sistema de Cuidados, concordando con la experiencia internacional.

Es de destacar que los cursos de atención a la dependencia son muy demandados por quienes trabajan en cuidados, tanto como asistentes personales o en el marco de los ELEPEM. La experiencia de quienes se han formado en el IFGU, partiendo en muchos casos del interés de los responsables o dueños de los ELEPEM, oficia de antecedente de valor para reflexionar acerca de la importancia de generar una cultura institucional de perfeccionamiento laboral, que parta de los mandos gerenciales.

**Si bien las currículas se orientan a quienes realizan acciones directas de cuidados con las personas mayores, hay un acuerdo entre quienes gestionan ELEPEM que sería fundamental formar a quienes se encargan de los centros, ya que frente a la movilidad del personal el poder desde la propia institución el ir generando una cultura institucional de cuidados centrados en las personas se torna indispensable.** Por lo tanto, formar a estos tomadores de decisión institucionales en lo que implica y las ventajas del enfoque ACP, permitiría generar un círculo virtuoso tanto en la promoción de la formación de sus trabajadores/as como en la posible reestructuración del funcionamiento cotidiano de la institución y su vinculación con las personas mayores.

La mayor facilidad en el acceso a los cursos de parte del colectivo de quienes cuidan y el generar instancias formativas ajustadas a las posibilidades de los diferentes tipos de centros, requiere de un trabajo coordinado interinstitucional. En tal sentido es clave propuestas adaptadas, pero también flexibilidad de las condiciones laborales que hagan posible los procesos de aprendizaje, lo que implica más que la sola asistencia a clases, considerando que los potenciales participantes en los cursos relevados son personas que ya se encuentran trabajando y que tienen una alta carga laboral y muy posiblemente otras tareas de cuidado, al ser en un porcentaje relevante mujeres jefas de hogar.

### **Inserción y modalidades de los cursos en el sistema educativo**

Proyectando la inserción de los posibles cursos de formación en el sistema educativo se evidencia que actualmente los cursos privados sobre cuidadores no relacionados con el curso de atención a la dependencia son brindados por instituciones registradas en el Ministerio de Educación y Cultura, pero no así los planes de estudio en sí mismo por lo que la certificación es propia de cada institución.

En el caso del curso de atención a la dependencia la certificación en el caso de quienes cursan a través de las ECAs se da a través del MEC basado en el plan de estudio creado por la comisión de formación

de la SeNCD, en tanto aquellos que cursan a nivel de UTU la certificación depende de dicha institución quien también se basa en la misma currícula. Cabe destacar que en ambos casos tanto INEFOP como la SeNCD tienen funciones de regulación y supervisión a lo largo de la cursada. El curso de rol del cuidador de MSP-INEFOP cuenta con certificación propia pero no dependiente del MSP.

Esta diversidad en la accesibilidad y legitimidad de las formaciones implica un desafío en relación con la articulación institucional que permita generar trayectorias educativas válidas desde el punto de vista educativo que a la vez den respuesta a las demandas laborales y a las reglamentaciones vigentes.

Desde la opinión de quienes gestionan políticas públicas se considera que la opción de viabilizar los cursos a través de la oferta educativa pública formal podría resultar más ejecutivo que a través de las ECAs cuyos procesos de habilitación por parte del MEC puede demorarse. También señalan que lo consideran formación técnica lo que afirma la opción de que sea una formación para viabilizar través de la UTU al menos para quienes comienzan una formación en cuidados sin experiencia previa.

Respecto a quienes ya se encuentran trabajando hay un acuerdo en relación con la necesidad de una mayor articulación interinstitucional en el armado de la currícula y de los módulos de forma tal de facilitar la accesibilidad a los cursos y no repetir propuestas o recursos.

### **Perfil de egreso**

Respecto a este tema desde los gestores de políticas públicas se plantea que en el curso de atención a la dependencia se pretende la construcción de abordajes centrados en la persona, que promuevan autonomía, capacidad de decisión y una mejora de la calidad de vida. Si bien se reconoce que es muy complejo formular planes individuales en contextos como los ELEPEM, el proyectar intervenciones que reconozcan al individuo es una competencia central de egreso de quienes se formen para promover los derechos de las personas mayores. Esta percepción es compartida desde los coordinadores de formación.

También es un aspecto señalado por quienes llevan adelante las capacitaciones que el perfil de egreso permita a la persona identificar con claridad su rol dentro de la institución, que tareas le competen y cuáles no, de forma tal de estar realmente preparado para aquello que se le solicita. A la vez se visualizan ciertas resistencias de parte de los dueños de ELEPEM en relación con esta especialización en relación con las tareas de cuidado, planteando por ejemplo ciertas dificultades de adaptación al contexto de los centros de aquellas personas que habiendo realizado el curso de atención a la dependencia y ejercido como asistentes personales en domicilio ahora lo hacen en ELEPEM, lo que implica asumir otras funciones.

**Considerando las percepciones de los diferentes agentes, resulta importante ajustar y acordar un perfil de egreso claro para quienes se forman, que contemple el marco epistemológico del modelo ACP, se ajuste a la realidad de las instituciones donde se da la inserción laboral y propicie cambios del modelo atencional tradicional que actualmente predomina.**

### **Modalidad de cursada**

En el estudio de López (2019) y en las entrevistas realizadas se visualiza que una enorme mayoría de quienes cuidan están interesados por capacitarse, o consideran que las capacitaciones les han brindado herramientas de valor para la práctica profesional. En consecuencia, **es clave generar condiciones para el**

**acceso y sostenibilidad de los cursos, lo que implica la ampliación de la oferta y cupos para los cursos, una oferta más flexible en relación con la modalidad y la participación de quienes están a cargo de los centros para que los procesos educativos sean sostenidos a lo largo del tiempo.** Al respecto quienes cuidan señalan que la falta de tiempo es una limitante, con personas que pueden llegar a trabajar hasta 12-16 horas diarias y que por lo tanto los horarios de cursada deberían de contemplar los contrahorarios más frecuentes a nivel laboral.

**El pensar propuestas académicas que contemplen estas situaciones implica introducir la perspectiva de género en la propuesta** a partir de reconocer el hecho de que las cargas de cuidado al interior de las familias, pero también a nivel de la representación de varones y mujeres en el trabajo remunerado, es muy desigual. La importante doble y triple carga de trabajo de las mujeres, de no mediar propuestas ajustadas a sus posibilidades, afectaría las trayectorias educativas, y por lo tanto la calidad de la atención, así como a la sostenibilidad y desarrollo económico tanto personal como del país.

**En el relevamiento de los antecedentes formativos se evidencia que la modalidad de cursada privilegiada es la presencial con una frecuencia de entre 1 y 3 veces por semana y 4 horas por encuentro.** La excepción está dada por las formaciones de Inmayores que al ser focalizadas se trata de talleres de media jornada en la mayoría de los casos. Cabe destacar que en el caso de los cursos de Ginkgo la modalidad es enteramente virtual por plataforma Zoom y con el apoyo de plataforma virtual, experiencia que también se realizó en Inmayores de forma puntual. Bajo la modalidad de curso de actualización y formación permanente la experiencia del MSP-INEFOP de realizar un curso virtual y autoadministrado sobre abordaje de situaciones de emergencia en ELEPEM, aportará nueva información de mucho valor acerca del grado de adherencia de quienes cuidan a esta modalidad de cursada.

**En general, los cursos más extensos oscilan entre 100 y 150 horas la duración total no supera los 4 meses. Esto coincide con las preferencias de cursada de quienes cuidan ya que un 55,6% optaría por cursos en el entorno 100 horas. El diseño con unidades temáticas en bloques que no superen las 20-30 horas y certificaciones parciales por módulos que conduzcan a una titulación final de profesionalización en cuidados, sería una opción flexible y escalonada que podría respetar los tiempos de cada persona.**

La tendencia a la presencialidad y a los cursos sincrónicos es algo que quienes pretenden formarse también prefieren como modalidad de cursada privilegiada. En la encuesta se evidenció que un 47,8% prefería la modalidad presencial en aula, seguido de un 23,9% virtual sincrónico por plataforma audiovisual y un 21,7% en modalidad híbrida sincrónica. Apenas un 6,5% eligió la opción virtual asincrónica lo que resulta esperado en función del perfil de población, el tipo de contenidos y competencias a desarrollar y la importancia que se le da al intercambio entre pares en el proceso formativo.

**Al respecto desde los gestores de políticas se plantea que una consecuencia de la pandemia es el concebir como una posibilidad las modalidades híbridas, que incluyan instancias sincrónicas presenciales o virtuales y asincrónicas en los procesos formativos, pero evitando la completa virtualidad.** Consideran que esto facilitaría la accesibilidad a los cursos si se resolvieran previamente problemas técnicos vinculados al soporte tecnológico y también se acordará interinstitucionalmente la modalidad de cursada. Al respecto también señalan que esta modalidad se ajusta mejor a las realidades o situaciones o imprevistos concretos de los destinatarios que podrían cortar la trayectoria educativa si fuese completamente presencial y se hace especial énfasis en el hecho de generar un sistema de seguimiento y contención para quienes realicen el curso, aspecto que también señalan los coordinadores

de formación. Pero asimismo destacan la importancia central de la grupalidad y el intercambio entre pares como una forma de potenciar la reflexión en respecto a la práctica.

### **Perfil docente**

**El modelo ACP implica que la formación sea interdisciplinaria, lo que es un criterio aplicado dentro de los cursos de atención a la dependencia, o en los cursos del IFGU y Ginkgo, ya que los equipos tienen que incluir licenciados en enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, profesores de educación física, licenciados en salud ocupacional, abogados, fisioterapia, geriatría etc.** La limitación identificada en el análisis de las currículas radica en que en los módulos del curso de atención a la dependencia se visualiza que siempre hay un referente profesional, que difícilmente pueda hacer frente a todos los temas del módulo sin la complementariedad de otros profesionales.

**El lograr que quienes cuidan durante la formación comprendan la interdisciplinariedad de la tarea de cuidado, haría sinergia con la importancia de desarrollar, implementar o ejecutar planes de cuidados personalizados, que incluyan a todos los recursos disponibles en cada centro, superando la percepción de que todo el trabajo recae sobre ellos.** Esto si bien no es de los aspectos que ellos priorizan al momento de plantear sus necesidades formativas, se entiende que generarían un efecto positivo tanto en la calidad del cuidado, como en la carga objetiva y subjetiva percibida.

En la percepción de los gestores de políticas públicas se evidencia que hay diversidad en lo que implica la idoneidad y capacidad docente al momento del dictado de cursos lo que daría cuenta de la importancia de generar instancias formativas para formadores previas, que permitan unificar criterios, transmitir el paradigma ACP con independencia del área de experticia y dotar de herramientas de planificación pedagógica ajustados a la formación con adultos para quienes están a cargo de los cursos.

### **Estrategias didácticas, de evaluación y distribución de cargas horarias**

Al momento de diseñar las estrategias didácticas un dato significativo que es mencionado por las diferentes personas entrevistadas y surge de las encuestas se vincula con el perfil de estudiante que accede a los cursos y sus trayectorias educativas previas que, como se mencionó, está signada por el bajo nivel educativo formal. **Esto implica ajustar la didáctica de los cursos a los niveles de aprendizaje y a las estrategias de estudio que los potenciales participantes son capaces de desarrollar, siendo fundamental el aprendizaje basado en proyectos, problemas concretos, ejercicios prácticos, con un importante anclaje en la realidad y por ende alejado de paradigmas educativos magistrales que requieran alto nivel de abstracción y concentración.**

El basar la didáctica de los cursos en una constante articulación entre teoría y práctica de forma de hacer aprehensibles los aprendizajes de parte de quienes cuidan, se torna clave ya que se ajustaría a las posibilidades de quienes toman los cursos. Problematizar y discutir las prácticas de cuidado es tomado en los antecedentes formativos, siendo un aspecto que se contempla de forma central para la futura currícula, ya que permite reflexionar y tomar conciencia sobre como los preconceptos se vuelcan en acciones que pueden limitar las posibilidades del receptor del cuidado, potenciando una pasividad que solo refuerza la percepción desvalorizada. También el uso de reforzadores del aprendizaje a través de recursos audiovisuales como en el caso del curso del MSP-INEFOP es un elemento para considerar e integrar en un repositorio de recursos que trascienda la instancia formativa concreta.

Los formadores plantean que son los propios participantes quienes demandan y se implican más en dinámicas participativas, que brinden conocimientos concretos y aprehensibles, así como herramientas de trabajo concretas, ya que de lo contrario el grado de compromiso y sustentabilidad del curso se ve amenazada.

**Estas metodologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje son compartidas por los formadores y los encargados de la dimensión política,** pero como se mencionó surgen ciertas dudas acerca de si los docentes son capaces de planificar y concretar en el aula propuestas atractivas para quienes cursan, de allí que sea fundamental la formación docente en talleres de planificación educativa.

**Resulta fundamental teniendo en cuenta lo planteado por los informantes calificados y a la vista de la experiencia internacional un aumento de las horas de trabajo y reflexión en torno a la práctica en los centros, de forma supervisada y acotada específicamente al cuidado de población de personas mayores.** El curso de atención a la dependencia plantea 12 horas y en un centro que no necesariamente responde al perfil profesional que uno pretende desarrollar y en el caso de los cursos de IFGU las prácticas en campo son puntuales y se apela al formato taller como formar de aplicar técnicas y procedimientos. En el caso de Ginkgo por su modalidad de cursada se prevé solo una clase práctica sobre primeros auxilios. Esta limitación es señalada tanto por los formadores como por los encargados del área política como un aspecto a rever.

Surge como limitante el hecho de que no hay en nuestro país centros que hayan incorporado de forma sistemática el modelo ACP. En tal sentido para aquellos que ya se encuentran trabajando, es clave viabilizar las prácticas en su puesto de trabajo, mediante una supervisión docente que permita evaluar la implementación del modelo ACP en sus prácticas cotidianas.

Aplicar la metodología learning by doing en el puesto de trabajo, permitiría tanto reforzar los aprendizajes de aula como reflexionar con relación al trabajo de campo en concreto. Ampliar las horas, más allá de las 12 que propone el actual curso de atención a la dependencia, permitiría el establecimiento de procesos que implique entablar relaciones de cuidado significativas que permitan llevar a la práctica planes de trabajo que den cuenta de los principios fundamentales que se plantea este proyecto de diseño curricular.

El aprendizaje entre pares, el análisis reflexivo con docente, la devolución de los receptores de los cuidados y de las instituciones donde se inserten las prácticas, han de ser instancias a jerarquizar en dichos ámbitos. De parte de los encargados de políticas públicas surge el interés por evaluar a los trabajadores en sus puestos de trabajo de forma de poder identificar prácticas inadecuadas, negligentes o correctas como forma de poder acceder a la certificación de competencias. La conformación de equipos de evaluación y supervisión o potenciar la figura del referente territorial, insertos en el campo, podrían potenciar modelos de evaluación formativa que se tornan indispensable al momento del diseño curricular.

Para aquellos que se forman sin experiencia previa, a la supervisión ha de sumarse la identificación y generación de una red de centros que estén incorporando el paradigma y que puedan beneficiar y verse beneficiados por las prácticas estudiantiles, lo que será clave para que la experiencia no encuentre resistencias institucionales o grandes contradicciones entre lo que está siendo el proceso formativo y el ámbito de práctica profesional.

**En relación con la evaluación** del relevamiento de las propuestas surge como primer dato que, si bien existen algunas estrategias de evaluación acreditativa, no son jerarquizadas en los planes de estudio

o muestran un grado de exigencia muy bajo, así como tampoco se detallan estrategias de evaluación formativa que permitan acompañar y sostener el proceso de quienes se están formando.

Quienes coordinan los cursos plantean que en el caso del curso de atención a la dependencia la evaluación acreditativa final consta de una prueba básica de contenidos y luego se da la posibilidad de que cada docente diseñe la evaluación de su módulo, pero sin que necesariamente exista una coordinación y criterio unificado en relación con que competencias se pretende evaluar ni de qué forma, por lo que se combinan modalidades clásicas de evaluación con los nuevos paradigmas. En el caso de otros cursos como el de Ginkgo se realizan pruebas múltiple opción, en IFGU el diseño de actividades de intervención por ejemplo en el curso de animador gerontológico, y en el caso de MSP-INEFOP se basa en cuestionarios autoadministrados.

**En síntesis, visualizando las currículas y opiniones de formadores sería clave el sistematizar una evaluación que contemple la interiorización no solo de conocimiento sino también de competencias, combinando métodos acreditativos, formativos y observacionales en campo.**

**Respecto a las cargas horarias** de las 90 horas del curso de atención a la dependencia, que son la carga horaria total de los módulos formativos específicos aproximadamente, la mitad del tiempo está centrado en cuidados sanitarios, un tercio en aspectos vinculados a aspectos sociales y el restante tiempo se divide entre la gestión del tiempo de ocio y recreación y la regulación legal del ejercicio laboral.

Proyectando una formación que esté centrada en la persona y que contemple aspectos sanitarios, sociales, vinculares y fundamentalmente de promoción de la autonomía, **es clave diversificar y aumentar la propuesta vinculada al desarrollo de competencias psicosociales de parte de quien cuida, fortaleciendo las habilidades comunicacionales, competencias transversales y recursos técnicos propios del modelo ACP, así como el conocimiento de los derechos tanto propios como de la persona cuidada.** Estos contenidos están contemplados como competencias transversales en el curso de atención a la dependencia, pero sin una carga horaria específica en relación con el vínculo con la persona mayor. También figuran en las propuestas del IFGU, aunque en este caso no se pudo acceder a un detalle de las cargas horarias para cada contenido. En el caso de Ginkgo si bien la propuesta se enmarca en el enfoque ACP, en la currícula considerando su estructura y contenidos predomina contenidos vinculados al enfoque sanitario por sobre el psicosocial y comunicacional, en tanto en el curso de MSP-INMAYORES no es un enfoque jerarquizado.

Finalmente hay que destacar que en las currículas relevadas no se jerarquiza en términos de carga horaria una formación que promueva el autoconocimiento e identificación de los recursos con los que cuenta quien cuida para el vínculo con la persona mayor, y si bien se menciona la importancia del autocuidado está poco desarrollado como sería el abordaje tanto temporal como didáctico en tal sentido. Estos aspectos se consideran fundamentales integrarlos en las currículas para que la formación teórica y práctica se complemente con procesos de formación que sitúen los conocimientos y el desarrollo de las competencias a nivel de la vivencia y la reflexión en torno a la experiencia personal.

**Contenidos jerarquizados y a considerar en el desarrollo de las currículas**

En el estudio de Batthyány et al. (2013) se destaca que desde el saber experto se considera necesario que el cuidado contemple aspectos tanto sanitarios como psicológicos y el enfoque de derechos, indicando que hay consenso al especificar las características ideales de un cuidador. Aspectos como: nutrición, salud mental, procesos de envejecimiento, habilidades relacionales (empatía, escucha, paciencia) y habilidades de autocuidado que permitan mantener distancia afectiva y evitar la sobrecarga son claves y por lo tanto aspectos que considerar en los módulos formativos. Teniendo en cuenta esto y a partir de las entrevistas y revisiones destacan entre los contenidos a jerarquizar las siguientes categorías.

### **El Envejecimiento como proceso y la Vejez como etapa: perspectiva biopsicosocial**

Resulta un aspecto clave a jerarquizar y que hace a la especificidad de la formación en cuidados de personas mayores se vincula con fortalecer de forma significativa **un módulo que profundice en el conocimiento de los principales procesos y cambios asociados al proceso de envejecimiento normal y en qué se diferencia del patológico desde una perspectiva multidimensional y ecológica, que dé cuenta de las vejez y sus determinantes.**

También la descripción de aquellos cuadros clínicos más relevantes, que incluye tanto a enfermedades infectocontagiosas, crónicas, como síndromes geriátricos, con énfasis en los de mayor aparición en los ámbitos de trabajo, la detección de signos de alarma y estrategias de intervención y el área de la salud mental de las personas mayores. Esto son elementos mencionados, pero no jerarquizados en términos de carga horaria en los planes curriculares relevados.

**Referido a la visión social del envejecimiento y sus consecuencias** si bien dentro de las diferentes propuestas están contemplados algunos elementos para el trabajo sobre los estereotipos, se entiende que el tiempo destinado permite cuestionar, abrir a la discusión, pero no profundizar, o favorecer la toma de conciencia al punto que permita modificaciones reales de las prácticas de cuidado, siendo un aspecto clave a jerarquizar. **Desde Inmayores el eje central está en los aspectos psicosociales, con especial hincapié en dos aspectos: perspectiva de derechos y problematización de la visión social de la vejez con énfasis en la temática de estereotipos, por lo que se considera un interlocutor clave al momento de viabilizar los aspectos formativos vinculados a esta temática.**

El hecho de convivir cotidianamente en el ámbito laboral con personas que se encuentran en situación de dependencia genera que los estereotipos se validen por la vía fáctica lo que hace aún más difícil su deconstrucción y en consecuencia la modificación de prácticas de cuidados negligentes o sobreprotectoras asociadas.

De las entrevistas destaca que los encargados de política públicas y coordinadores de proyectos visualizan la importancia de aumentar los contenidos vinculados a la vejez específicamente y al área social en las currículas de forma de promover la deconstrucción de estereotipos, lo que permitiría concebir al otro como sujeto de derecho.

**Complementando a la perspectiva de derecho que ya está incluida en los cursos, resulta clave en la nueva propuesta sumar un elemento que no se incluye explícitamente en el curso de atención a la dependencia, pero sí en el de IFGU, Ginkgo y en Inmayores, vinculado a que se entiende y que prácticas se asocian a violencia, maltrato, negligencia y sus diferentes modalidades.** El análisis crítico de hechos cotidianos que de forma explícita o implícita podrían estar atentando contra los derechos de las personas cuidadas, o incluso contra los propios derechos de quienes cuidan, resulta una estrategia didáctica central



para deconstruir prácticas de cuidado que responden a paradigmas de la persona mayor como objeto de intervención.

Esta es una preocupación explícita de parte de los dueños de ELEPEM que señalan prácticas de cuidado en las que se coloca a la persona mayor en lugar de objeto de intervenciones. El abordaje de esta problemática toma especial importancia si se considera que, desde la promulgación de la ley de Violencia hacia las mujeres basada en género, la SeNCD tiene que cumplir un rol de capacitación y sensibilización sobre las diversas formas de violencia basada en género en relación con las poblaciones que atiende el SNC.

### **Cuidados integrales desde la perspectiva de ACP**

En las encuestas realizadas a cuidadores/as de ELEPEM surgen un interés significativo por la formación en **temáticas vinculadas al cuidado sanitario como ser primeros auxilios, técnicas de enfermería y abordaje de personas en situación de dependencia física con porcentajes de 78,3%, 65,2% y 56,5% respectivamente.**

En la misma línea los dueños de ELEPEM plantean que la tarea es muy demandante desde lo físico y que tanto para el adecuado cuidado como para el autocuidado es clave formar en técnicas de movilización o de enfermería. También las propias cuidadoras en su discurso lo ven como una necesidad.

**Pero resulta también significativo que temáticas relacionadas con el cuidado desde la dimensión humana y centrada en la persona como ser cuidados paliativos (63%), técnicas de estimulación cognitiva (58,7%) habilidades comunicacionales (56,5%) muestren porcentajes elevados de interés.**

Cuando se lleva estas temáticas a habilidades a desarrollar, **surge como dato relevante que hay una necesidad explícita de quienes cuidan de formarse para la contención y apoyo emocional de la persona mayor (64,3%), seguido de capacitarse para trabajar con familiares (42,9%) y desde la gestión del tiempo libre y de ocio (40,5%). La preparación de la medicación es un área de interés con el 42,9% de las menciones.** Finalmente, las tareas vinculadas a higiene y confort obtienen por lo general bajos porcentajes lo que da cuenta de que quienes cuidan se sienten capacitados para ese tipo de tareas que son cotidianas y rutinarias.[2]

En consecuencia, el jerarquizar contenidos que permitan más allá de los aspectos técnicos, el problematizar las prácticas y rutinas cotidianas de cuidado, potenciando la autonomía, autodeterminación y toma de decisiones de la persona mayor resulta un elemento central a considerar. Reforzar este tipo de aprendizajes, permite la construcción de vínculos desde un paradigma distinto, siendo el tiempo compartido potencial fuente de gratificación para ambos integrantes del binomio y donde la consideración de opiniones, intereses y el desarrollo de proyectos que doten de sentido de la vida a las personas mayores adquiere un lugar central.

### **Comunicación y acompañamiento al proyecto de vida de la persona y al entorno familiar**

Tanto las personas vinculadas a la dimensión política como los dueños de ELEPEM hacen hincapié en que las estrategias de comunicación efectiva con las personas mayores son un contenido a jerarquizar en los planes para evitar diferentes formas de maltrato o infantilización de la atención. También como se mencionó hay un importante interés de parte de quienes cuidan en formarse en este tipo de habilidades.

Dentro de los contenidos destacados **del módulo nivelación del curso de atención** a la dependencia se destacan los vinculados a comunicación verbal y no verbal en el ámbito laboral, lenguaje sexista y escucha activa. También se menciona la comunicación como competencia a desarrollar en las otras propuestas curriculares, pero sin mayor detalle de que aspectos se jerarquizan en lo que hace a las diferentes dimensiones del acto comunicacional. Si bien hay un mayor detalle al respecto en el curso MSP-INEFOP las dos horas que se estima de dedicación y la falta de instancias de reflexión colectiva limitan el aprendizaje de habilidades que remiten a aspectos vivenciales cotidianos. Se entienden pertinente estos contenidos, y se plantea la importancia de proyectar un módulo vinculado al desarrollo de las habilidades de cuidado que han de interiorizar quienes cuidan en el marco de los vínculos de cuidado que establecen, lo que implica articular dichas competencias con la especificidad de la tarea y el enfoque ACP.

Respecto al proyecto vital, al analizar las actuales currículas en el curso de atención a la dependencia y Ginkgo aparecen elementos referidos a la gestión del tiempo y proyecto vital, pero con una carga horaria acotada y en el caso del IFGU aparece en ambos cursos, pero sobre todo jerarquizado en el curso de animador gerontológico.

Por ejemplo en la unidad didáctica 2.1 del curso de atención a la dependencia (SNC, 2016), se plantea la formulación de los planes de trabajo centrados en la persona, pero con una carga horaria de 6 horas, para lo que refiere a la comprensión de los pasos y elementos del plan que impresiona ser insuficiente cuando se orienta la capacitación a personal o futuros cuidadores sin conocimiento previo del tema o que han tenido escasa experiencia en lo que refiere a toma de decisiones en conjunto con la persona cuidada. En el curso de IFGU está dentro de los contenidos el proyecto de vida, pero no se aclara carga horaria y en el de Ginkgo no está jerarquizado como tal.

Un modelo de atención en ACP implica que el ELEPEM sea vivido como un hogar, o el centro de día como una institución que forma parte de la vida cotidiana de la persona, para lo cual el rol de acompañamiento, habilitador y cogestor de los proyectos que puede tener quien cuida es central, de allí que resulte imprescindible ampliar la carga horaria, generando unidades temáticas específicas y brindando recursos a quienes cuidan para que promuevan la toma de decisiones en las personas mayores.<sup>[3]</sup> La figura y funciones del profesional de referencia en centro que se promueve desde el enfoque ACP, se configura también como un aspecto a contemplar en la formación ya que sitúa la intervención de quien cuida en un lugar que promueve su iniciativa, toma de decisiones y asunción de responsabilidades para con la persona mayor y la institución, empoderándolo en su rol profesional.

Desde el enfoque ACP aspectos vinculados al proyecto vital como el acompañamiento y sostén en el proceso de adaptación de las personas mayores a los ELEPEMs o Centros de día, la gestión y concreción del proyecto, uso del tiempo libre y ocio en ese lugar en concreto, o como acompañar o procesar los cuidados al final de la vida y los duelos, son contenidos claves que están ausentes, poco esbozados o tienen una carga horaria acotada en varios de los antecedentes relevados.

Respecto al rol de quien cuida en el trabajo con las familias para Batthyány et al. (2013) frente a personas con alta dependencia los ELEPEM pueden cubrir los cuidados instrumentales de calidad y en parte los afectivos, pero para el cuidado psicoafectivo sigue siendo fundamental la familia, lo que hace clave establecer estrategias de inclusión activa de éstas en la vida cotidiana. Similar situación está planteada en los Centros de día donde en muchos casos las familias tienen una presencia esporádica o

incluso pueden ser fuente de conflicto para la persona mayor de acuerdo con quienes trabajan en los centros.

A pesar de esto en el relevamiento de currículas se evidencia escasas menciones. En el módulo III del curso de atención a la dependencia se señala a la importancia de la red vincular y su identificación, así como la importancia de generar alianzas con la familia y otros agentes, o los recursos a activar para potenciar la red, pero con una carga horaria de 5 horas incluyendo una diversidad de temas que tornan poco viable una reflexión y construcción de herramientas en relación con la temática. Los contenidos están centrados en entender los desafíos que tiene que enfrentar la familia y no tanto en lo que puede hacer el cuidador para establecer una alianza con sus integrantes.

En los cursos del IFGU aparece la importancia de las redes, pero no hay un énfasis en el trabajo con las familias y en Ginkgo si bien desde lo epistemológico se jerarquiza el tema en los contenidos aparece poco jerarquizado su abordaje.

El trabajo con familias es un área de interés para la capacitación de quienes cuidan y en el discurso de las cuidadoras entrevistadas, aparece la preocupación por el escaso involucramiento de las familias en el cuidado una vez que se produce la institucionalización y la falta de conocimientos o recursos de que hacer frente a dicha situación. Desde quienes trabajan en centros de día se reconoce la importancia del rol de las familias por ejemplo en aquellas situaciones de enfermedad de la persona mayor lo que permite sostener el vínculo a la distancia, como también sucedió durante la pandemia. Desde los dueños o coordinadores se reconoce la importancia de incluir a la familia en la dinámica del ELEPEM y centros de día, se tiene una valoración positiva de su participación, jerarquizando el rol de quien cuida como mediador de la comunicación familia-residente, así como la importancia del equipo técnico para el manejo de situaciones delicadas.

### **Abordaje de personas que cursan enfermedades neurodegenerativas y/o situaciones de alta dependencia**

Siendo algo que está contemplado en los siguientes pasos dentro del proceso de capacitación que se lleva a cabo con los/as cuidadores/as a nivel del Sistema de Cuidados, y que está incluido en el Plan Nacional de Demencias (2016), se considera fundamental viabilizar trayectorias formativas o **módulos que profundicen en el conocimiento teórico-práctico y en las estrategias de intervención frente a personas mayores que cursan enfermedades neurodegenerativas, en especial demencias, vinculadas al cuidado, abordaje, comunicación, estimulación y estructuración de planes de vida. Esto se hace extensivo para el abordaje de personas cuyas patologías crónicas aumentan el riesgo de dependencia y que afectan por ejemplo al dominio motor y/o a las actividades de la vida diaria.**

Estos contenidos están contemplados en los cursos de IFGU o Ginkgo, pero no en el curso de atención a la dependencia. Se trata de temáticas prioritarias ya que de acuerdo con el perfil de usuario de los ELEPEM el número de personas que cursan enfermedades que aumentan el riesgo de dependencia, en particular deterioro cognitivo y demencias va en aumento, y en el caso de los Centros de día el perfil de población destinataria son aquellas personas mayores en situación de dependencia leve y moderada. Es de destacar que también es mencionado por quienes cuidan que este tipo de patologías generan una demanda de cuidados para los cuales no siempre se sienten capacitados, sobre todo con relación al manejo de las manifestaciones psicoconductuales, las movilizaciones o la estimulación y en como

decodificar y satisfacer las necesidades de las personas mayores. Los cuidadores formales mencionan muchas dificultades y desafíos para poder atender a personas que cursan demencia cuando en etapas intermedias de la patología aparecen signos de agresividad, deambulación, y progresiva pérdida de funciones, que generan sobrecarga en el cuidador.

**Aspectos como los mecanismos de comunicación eficaz, aumentativa y/o alternativa con este perfil de personas, mantenimiento de la autonomía, orientación en la realidad, estimulación de las funciones cognitivas en el marco de la vida cotidiana, particularidades que hacen al manejo y efectos de la medicación, técnica de movilización, detección de signos de alarma, son todos contenidos a considerar** en un módulo que se estima tendría mucha aceptación por parte de quienes cuidan, haciendo accesible para el caso de las demencias los contenidos de las Recomendaciones para el Abordaje Integral de la Demencia del MSP. Todas estas estrategias y recomendaciones deberán estar atravesadas por los principios de la ACP, lo que hace que sea fundamental el haber podido aproximarse a dicho enfoque, técnicas y recursos para la implementación en etapas previas.

En síntesis, de los análisis de las currículas surge como primer dato que la representación de temas y carga horaria vinculada a cuidados sanitario o de higiene-confort es significativamente mayor que lo relacionado a los aspectos vinculares, de gestión del tiempo o de promoción de proyectos de vida en la vejez, todos elementos que responden al modelo ACP. Estas temáticas de perfil sanitario siguen siendo de particular interés formativo de acuerdo con la opinión de quienes cuidan ya que primeros auxilios es el contenido más nombrado. Pero al preguntar específicamente por habilidades que quieren desarrollar aparece la contención y apoyo emocional con un 64% de menciones en primer lugar seguido de entrevistas con familiar y actividades de ocio. De parte de quienes cuidan hay preocupación para atender situaciones de emergencia vinculadas a la salud física, pero también interés en construir estrategias de acompañamiento en el día a día más allá del cuidado físico, lo que reafirma la necesidad de inclusión de dichas temáticas en las currículas. También es de destacar la importancia de incluir contenidos que permitan deconstruir una visión estereotipada de las vejeces, el enfoque de derechos, de ACP y estrategias para el desarrollo de intervenciones centradas en la persona y su proyecto vital, de forma tal de que la vida cotidiana de las personas mayores con las que se trabaja adquiera nuevos significados.

### Síntesis del capítulo

La formación en cuidados de personas mayores en el Uruguay muestra una **combinación de iniciativas públicas y privadas, con diversos niveles de legitimación social y académica, así como variadas trayectorias formativas en función del perfil tanto de cuidador/a que se pretende formar como del potencial receptor de cuidados. Esto se refleja en las variadas denominaciones que podemos encontrar en los cursos: “Atención a la dependencia”, “Auxiliar Geriátrico”, “Animador gerontológico”, “Asistentes de cuidados de persona mayores”, etc.**

El avance de la política pública que implicó la formulación del curso de atención a personas en situación de dependencia en el marco del Sistema Nacional de Cuidados logró dar respuesta a una necesidad formativa de quienes prestan cuidados remunerados, pero se encuentra con la limitante de que es un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital lo que complejiza el ajuste de las intervenciones orientadas específicamente a personas mayores.

Este curso implica un importante esfuerzo intersectorial público-privado en el marco del Sistema Nacional de Cuidados y es el único que permite registrarse en el listado de Asistentes Personales del Banco de Previsión Social de acuerdo con el decreto 117/016. También en la reglamentación de los CLE, se indica que es la única formación que acredita para trabajar en dichos establecimientos, además de los procesos de certificación de competencias y validación de conocimientos (decreto 356/016). Para los centros de día se pretende lo mismo, aunque aún no estén reglamentadas dichas instituciones en lo público y en lo privado se rigen por la misma reglamentación de CLE.

Es de destacar que **el Plan Nacional de Cuidados 2021-2025 jerarquiza la revisión y regularización de los actuales programas, así como la formación y profesionalización del personal entre sus prioridades para el período.**

Considerando las necesidades de capacitación identificadas a partir del análisis documental, las entrevistas y los insumos de la mesa redonda técnica/política del mes de abril se pueden establecer las siguientes conclusiones.

La búsqueda de un estándar de formación equilibrado y acorde a la Convención Interamericana de los derechos de las personas mayores y el enfoque desde la perspectiva de género es un aspecto que comparten todos los entrevistados y que se pretende desde el Sistema de Cuidados, concordando con la experiencia internacional.

De acuerdo con la encuesta realizada el 65,2% de quienes cuidan adhieren a una definición de cuidado que se alinea con el enfoque de atención centrada en la persona (ACP).

De los análisis de las currículas surge como primer dato que la representación de temas y carga horaria vinculada a cuidados sanitario o de higiene-confort es significativamente mayor que lo relacionado a los aspectos vinculares, de gestión del tiempo o de promoción de proyectos de vida en la vejez, todos elementos que responden al modelo ACP. Estas son áreas de particular interés formativo de acuerdo con la opinión de quienes cuidan ya que primeros auxilios es el contenido más nombrado por quienes cuidan. Pero al preguntar específicamente por habilidades que quieren desarrollar aparece la contención y apoyo emocional con un 64% de menciones en primer lugar seguido de entrevistas con familiar y actividades de ocio. Esto implica que **de parte de quienes cuidan**

**hay preocupación para atender situaciones de emergencia vinculadas a la salud física, pero también interés en construir estrategias de acompañamiento en el día a día más allá del cuidado físico, lo que reafirma la necesidad de inclusión de dichas temáticas en las currículas.**

Si se relacionan las respuestas de quienes cuidan, los planes de estudios que se han podido relevar y la experiencia internacional surgen una serie de temas que sería necesario incluir o ampliar su presencia en los planes de estudios y que se presentaron con anterioridad entre los que destacan una **profundización en aspectos vinculados a características de envejecimiento y vejez, los procesos de adaptación a centros de larga estadía, el enfoque de ACP en el cuidado de la persona mayor, abordaje y prevención del abuso y maltrato, el abordaje con familias, síndromes geriátricos con énfasis en demencias y estrategias de comunicación con personas mayores.**

Cuando se les pregunta a quienes cuidan acerca de modalidades para la capacitación el 47,8% creen que la modalidad presencial de cursada es la de su preferencia, seguida por el sincrónico virtual e híbrido con similar porcentaje (23,9 y 21,7% respectivamente). **Aquí la opinión de los entrevistados a todo nivel señala la importancia de aumentar las cargas de práctica en centros por lo que el modelo learning by doing en los propios lugares donde desarrollan las tareas impresiona ser un camino posible estableciendo canales de colaboración y supervisión interinstitucional.**

El modelo ACP exige que la formación y por ende el staff docente promueva la interdisciplinariedad, lo que es un criterio aplicado dentro de los cursos relevados pero hay dudas en los formadores y en los gestores de políticas acerca de la postura epistemológica de tan diverso grupo de profesionales, en relación a si responde al paradigma de cuidado que se pretende transmitir, así como tampoco sus competencias docentes, considerando que la población destinataria se caracteriza por una trayectoria educativa acotada. Esto configura un desafío en relación con la conformación de los equipos técnico/docentes para brindar los cursos y en tal sentido desde la SeNCD se están dando pasos para capacitar a formadores a nivel de UTU.

**Desde lo didáctico hay acuerdo de todos los entrevistados acerca de la importancia de que la formación apele a la experiencia de quienes asisten, al análisis práctico de casos, a técnicas que impliquen la participación e intercambio por sobre el modelo tradicional de enseñanza. Del análisis de las currículas y experiencias de formación aún surge como un desafío la construcción de sistemas sólidos de evaluación del logro de competencias que permitan asegurar la idoneidad profesional de quien se forma.**

Respecto a la modalidad y duración de los cursos se proyecta y es algo compartido desde el ámbito de los gestores de políticas y desde la academia, la necesidad de dos tipos de formación: una que se ofrezca desde un enfoque técnico-profesional con una currícula organizada en módulos consecutivos que permitan acceder a la certificación, siguiendo en tal sentido un modelo similar al curso de atención a la dependencia pero aumentando significativamente la carga horaria de acuerdo a la experiencia internacional.

Una segunda formación orientada a quienes ya se encuentran trabajando, con módulos de corta duración, acumulativos pero flexibles que le permitan a quien cuida establecer su propio ritmo formativo, a la vez que permite el establecimiento de perfiles profesionales específicos en función de sus intereses y ámbitos de inserción laboral.

## 6. Identificación de capacidades y competencias

Como consecuencia de lo expuesto por los tres países: **Colombia, Costa Rica y Uruguay**, creemos importante tener en consideración los siguientes aspectos para la construcción de los currículos:

Primero, se debe tener un **respaldo normativo** para establecer una relación entre cuidado, personas cuidadoras y personas mayores, en la que se plantea la importancia de determinar acuerdos, confluir en diferentes situaciones de índole jurídico, de infraestructura, técnicos, tecnológicos, de **bienestar para los adultos mayores y cuidadores**, así mismo, la explicación del modelo de atención centrado en la persona, pues a pesar de reconocer su importancia, su implementación aún es difusa, lo que no ha permitido que el modelo en la prestación de cuidados sea una fortaleza.

Segundo, los resultados de los tres países permiten concluir que existe evidencia sobre la relación **cuidado-bienestar** como responsabilidad social en la formación del talento humano en salud, que ésta aporta de manera positiva al desarrollo integral en todas las instituciones de protección al adulto/a mayor. La formación para los/as cuidadores/as se convierte en herramienta que evidencia **la intervención gubernamental** en la prestación del servicio al interior de las instituciones de protección de las personas mayores y que se ve reflejada en aspectos como la satisfacción de las personas mayores y de quienes cuidan.

En general, en los entrevistados se notó **motivación e interés por tener oportunidades de formación** asequibles sobre diferentes temáticas de aprendizaje que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores en las instituciones; los cuidadores son conscientes de la importancia del acompañamiento, medidas preventivas, actividades de protección y autocuidado, entre otras. En el proceso del estudio se observó el compromiso con el cuidado de las personas mayores; refieren desconocimiento en algunos temas abordados e interés en aprender sobre éstos, lo que se considera una **oportunidad para asegurar el progreso y evolución del aprendizaje**. En este sentido se debe continuar con los procesos de capacitación.

Se evidencia la **importancia de cerrar brechas en los territorios** y en estrategias de formación con desarrollo de competencias y habilidades que les permita avanzar y ampliar sus conocimientos, actitudes y aptitudes hacia el cuidado, a fin de generar unas prácticas de cuidado más cualificadas y que problematicen **las prácticas discriminatorias**. Por ello, el avance en estrategias de educación que incorporen tecnología y comunicación desde plataformas de aprendizaje virtual que derriben barreras físicas y acerquen el conocimiento de cara a resolver necesidades dispersas de los cuidadores y cuidadoras vulnerables y que requieran cambiar su modo de actuar.

En este sentido, **la educación en línea permite llegar a regiones de difícil acceso**, contribuye a aumentar los conocimientos y capacidades de los profesionales de la salud, pudiendo así optimizar su tiempo para la capacitación, mejorar su actuar y redundar en beneficios de todos los involucrados. Esto también puede incurrir en una limitación dado que según la caracterización de los cuidadores es posible que algunos no hayan utilizado las plataformas virtuales probablemente debido a la falta de oportunidades. Sin embargo, esto **dependerá de la estrategia de aprendizaje que se utilice haciendo hincapié en aprendizajes visuales**.

De otro lado, se evidencia y se reconoce que en los países existe **un déficit en la formación y el desarrollo profesional del personal docente de cuidadores**, siendo por sí mismo, un instrumento débil que podría desencadenar menor calidad y equidad de los sistemas de formación de cuidado, teniendo más impacto en lugares apartados de las ciudades capitales.

Los currículos de formación deben ser adaptados al contexto nacional de cada uno de los países, sin embargo, se encontraron varias similitudes para las tres categorías mencionadas en el documento; los conceptos de cuidar/ cuidados construidos por los diferentes, organización curricular y en los contenidos. Además, se evidencian similitudes en los enfoques y principios **resaltando el enfoque de derechos, de género, autonomía, universalidad**, de equidad, y dignidad, que se pueden agrupar en el modelo de atención centrado en la persona.

Se evidenció que todavía **predominan los métodos tradicionales de enseñanza y aprendizaje, centrada en el profesor y el contenido**, la aparición de una nueva propuesta de la pedagogía no directiva con métodos activos de enseñanza-aprendizaje en diferentes escenarios fue reportada por los participantes. Más específicamente en cuanto al método pedagógico de enseñanza sólo se podrán abrir camino a través de un enfoque más ambicioso que cree una sinergia entre el **desarrollo profesional del profesorado y su gestión a nivel del sistema educativo y junto con un sólido conjunto de incentivos en el marco de la formación**. Lo anterior ligado a que en los tres países se prefirió un sistema híbrido o presencial, además se reconoció que las prácticas son importantes por lo que en todos los países se prefirió aprendizajes basados en ejercicios que se acerquen a la realidad, basados en casos en sinergia además con la investigación internacional que evidenció priorizar la metodología *learning by doing*.

Estas nuevas metodologías en un personal poco capacitado podrían desencadenar en inseguridad causada por el cambio abrupto en los sistemas tradicionales, para el método innovador con los cuidadores y la dificultad de éstos para comprender su verdadero papel en el proceso de aprendizaje y buscar nuevas fuentes de conocimiento. Sin embargo, **los ejes curriculares formativos contemplarán a los capacitadores y sugerirán métodos de enseñanza**.

En cuanto a la cantidad horaria se encontró variedad en las respuestas, en Colombia y Costa Rica los cuidadores y cuidadoras prefieren la modalidad técnico-profesional, es decir más de quinientas horas; en Uruguay los resultados prefieren cursos cortos que no superen las 500 horas. No obstante, en todos se evidenció el poco tiempo con que se cuenta para la formación, por lo que una buena estrategia corresponde a una estructura escalonada, lo que también respondería a las dos vertientes de formación que fueron reconocidas en todos los países; **la de las personas que hoy en día están ejerciendo esta profesión en los centros de larga estadía y la de quienes en un futuro se podrían formar para ser cuidadoras profesionales**.

A su vez, el presente trabajo ha demostrado que, aunque la evaluación de los aprendizajes es parte integral de la enseñanza y permite la toma de decisiones tanto del docente como del aprendiz. Se encontró que su papel es principalmente acreditativo para los tres países, **no existen estrategias claras de evaluación en los contenidos, más allá de un examen, ni tampoco de las competencias desde un paradigma de evaluación formativa**. Es necesario contemplar estrategias que comprueben que las cuidadoras y cuidadores pueden hacer paso del conocimiento a la resolución de una tarea compleja, aterrizando sus aprendizajes con situaciones particulares y reales.



Específicamente, para el análisis de los contenidos de currículos de Uruguay, Costa Rica y Colombia se codificaron los resultados que se obtuvieron en los anteriores apartados correspondientes a cada uno de los países **utilizando el software cualitativo denominado Maxqda**, el cual ayudó a agrupar la información semejante para los currículos de formación.

En tanto, la saturación de la información permitió reconocer que de acuerdo con las necesidades de aprendizajes expresadas por los cuidadores de personas mayores de los tres países estudiados fue posible identificar 14 ejes orientadores que constituyen temáticas comunes y cuya consideración en los currículums formativos es clave.

El primer eje se refiere a **“Tratamientos farmacológicos”**, la necesidad de formación corresponde al conocimiento y profundización en medicación esencial, bioseguridad, diagnósticos de enfermería, efectos secundarios asociados a reacciones adversas y suplementos asociados a la nutrición en la vejez.

El segundo eje fue denominado **“Habilidades sociales y de relacionamiento”**, en el cual la necesidad de conocimiento se fundamenta en la incorporación de la persona mayor en la participación social, proceso de acompañamiento y adaptación a la persona mayor institucionalizada, gestión del uso del tiempo libre y ocio vinculado al concepto de sentido, recreación y arte, manejo asertivo de las emociones, manejo del duelo (tanatología), sexualidad en la vejez, desarrollo de habilidades blandas y estrategias de comunicación.

El tercer eje responde a temáticas de **“Bien-estar”**, se encuentra en éste que los cuidadores de personas mayores requieren desarrollar habilidades y destrezas relacionadas con hábitos saludables (alimentación y actividad física), cuidado del adulto mayor sano, fisioterapia para el personal mayor, mecánica corporal, movilidad y cuidados para evitar lesiones osteomusculares, manejo integral de caídas y fracturas, detección temprana y atención de alteraciones sensoriales, manejo de heridas y cuidados bucales.

El cuarto eje se fundamenta en el **“Cuidado de la salud mental”**, se evidencia la necesidad de formación del recurso humano en el abordaje de la demencia, técnicas y estrategias para la estimulación de la memoria en la vejez, higiene del sueño, potenciación del bienestar mental, estimulación multisensorial, conocimiento teórico-práctico y estrategias de intervención para atención en enfermedades neurodegenerativas, técnicas de neuropsicología, abordaje integral del Alzheimer, depresión, riesgo de aislamiento, soledad no deseada.

El quinto eje se denominó **“Atención integral de patologías”**, éste responde a la necesidad de formación de los cuidadores en conceptos de síndromes geriátricos y conocimiento de patologías crónicas y agudas prevalentes (infección urinaria, caídas, inmovilidad, demencia, enfermedades infectocontagiosas, enfermedades del oído), así como cuidados paliativos.

El sexto eje responde a **“Cuidados fisiológicos”**, en el cual la necesidad de conocimiento se fundamenta en la higiene corporal, cuidado de la piel, cuidado de huesos, transferencias y traslados y prevención de úlceras por presión.

El séptimo eje tiene que ver con **“Maniobras y primeros auxilios”**, éste se fundamenta en la necesidad de formación para situaciones de urgencia en las instituciones de cuidado, reanimación

cardiopulmonar (RCP), técnicas básicas de primeros auxilios y técnicas de atención en casos de ahogamientos.

Por su parte, el octavo eje tiene que ver con el **“Uso de herramientas”**, en el cual los cuidadores requieren el desarrollo de habilidades para el aprendizaje del paquete office, plataformas para el aprendizaje, elaboración de documentos y conocimientos de administración financiera.

El noveno eje de formación responde a la **“Humanización”**, los cuidadores requieren conocimiento y desarrollo de habilidades para eliminar la violencia y maltrato hacia la persona mayor, implementación del modelo, atención centrada en la persona, y trato con amor.

El décimo eje se fundamenta en los conocimientos relacionados con **“Proyecto de vida”**, este eje responde a la necesidad de conocimiento frente a la apropiación conceptual y metodológica del sentido de la vida en la vejez, proyecto de vida y sueños al final de la vida.

El décimo primer eje tiene que ver con **“Terapias no farmacológicas”**, en éste, la necesidad de conocimiento gira alrededor de aprender e implementar formas alternas para el cuidado de la salud de las personas mayores, nuevas metodologías de aprendizaje para personas mayores, musicoterapia, espiritualidad aplicada a los cuidados gerontológicos, meditación, expresión artística y técnicas de masajes, gerontopsicomotricidad, estimulación cognitiva, etc.

El décimo segundo eje aborda la **“Corresponsabilidad del cuidado”**, en éste, los cuidadores reconocen la necesidad de formarse para el cuidado con sentido y la responsabilidad que tienen las familias en el cuidado y preservación de la calidad de vida de las personas mayores.

Por su parte, el décimo tercer eje responde a la formación en **“Cuidados y herramientas para el cuidador”**, en el cual surge la necesidad del desarrollo de habilidades para el autocuidado de quien cuida, comunicación asertiva entre compañeros de trabajo y habilidades relacionales, cuidados ergonómicos, entornos confortables, manejo de emociones, uso de bitácora gerontológica del cuidados, plan de cuidados gerontológicos, disminución de negligencia y abuso asociados al ejercicio laboral, prevención del síndrome de sobrecarga laboral, manejo personal del duelo, formación para relevo generacional de cuidadores, becas para formación del talento humano y manejo del tiempo libre.

Finalmente, el décimo cuarto eje gira alrededor de los **“Reconocimiento de bases conceptuales sobre el envejecimiento, normativas y estratégicas”**, en éste, el envejecimiento como parte del ciclo de la vida, paradigmas de dependencia y discapacidad, geronto-educación y teorías gerontológicas, articulación entre la perspectiva de derechos en relación con las personas mayores y la visión social de la vejez: estereotipos y prácticas cotidianas asociadas, conocimiento de los principales procesos y cambios asociados al proceso de envejecimiento normal y en qué se diferencia del patológico desde una perspectiva multidimensional y ecológica, concepto de vejez desde la perspectiva de género, trato ético centrado en la dignidad de la persona, estrategias de promoción del envejecimiento activo, intervención no farmacológica, abordaje de modelos de envejecimiento, normativas de legislación, guías y protocolos vigentes para la atención de personas mayores.

Luego se creó un nuevo grupo con las categorías deductivas sintetizadas previamente, y como grupo de investigación se acordó la frase de consenso en la que se exponía el significado de los códigos

para cada investigador, y se finalizó con la reducción de los datos. Con estos procesos se elaboró la ruta guía para los contenidos temáticos y los aspectos metodológicos.

Este proceso permitió que las temáticas se organizan en cuatro grupos: 1) cuidados integrales desde el enfoque ACP; 2) la humanización de la atención, la comunicación y el acompañamiento al proyecto de vida; 3) perspectiva multidimensional del envejecimiento y la vejez 4) la atención a personas en situación de alta dependencia.<sup>38</sup>

Este trabajo surge después de una pandemia sin precedente, para impulsar agendas transformativas y oportunidades enmarcadas en; el reconocimiento de formación para atender a las demandas de cuidado, motivación por parte de los cuidadores para desarrollar procesos de aprendizaje, reconocimiento de la apuesta por la colaboración regional al potencializar el desarrollo de currículos y reconocer en cada uno buenas prácticas que impacten la vida de cuidadores, cuidadoras y personas mayores en Latinoamérica, el compromiso adquirido por los países para garantizar e implementar lo radicado en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Y, finalmente, estamos parados después de un proceso de transformación digital acelerada que se puede utilizar a favor.

---

<sup>38</sup> Ver anexo 12: Contenidos a considerar para el desarrollo de currículas formativas orientadas a cuidadores/as formales en ELEPEM y Centros de día.

## 7. Identificación de buenas prácticas a nivel internacional

Una vez establecida la situación de Colombia, Costa Rica y Uruguay respecto al modelo de cuidados a personas mayores, detectadas las necesidades de los distintos agentes involucrados e identificadas las capacidades y competencias que se deben desarrollar en la prestación de cuidados, en cada uno de los 3 países, en este punto **se complementa la revisión de la literatura y de la identificación de currículas internacionales** ya desarrollada en el punto 3, **con un análisis de proyectos de buenas prácticas** a nivel internacional.

Este análisis, toma como base esta revisión de la literatura publicada hasta el momento en relación con la atención a personas mayores y a la capacitación de equipos profesionales o personas cuidadoras desde el enfoque de la ACP.

Como resultado de este análisis de proyectos internacionales, se han identificado proyectos con diversos enfoques con respecto a la capacitación de las personas cuidadoras de personas mayores, así como a los modelos de atención dentro de los diferentes servicios. Por este motivo, y para facilitar su comprensión, se van a analizar en **dos subapartados**. En primer lugar, se van a desarrollar los **proyectos** más asociados a la formación en el ámbito de las personas mayores:

- En España: Proyecto de Innovación Social Begirada
- En Suecia: Su Modelo socio-educativo y el Gothenburg Centre for Person-Centred Care – GPCC
- En Reino Unido: Skills for Care
- En varios países (proyecto Erasmus+) AppForderm
- En Dinamarca: su modelo de formación y recursos para la atención a la demencia
- En Argentina: Modelo de capacitación a cuidadores/as

Posteriormente, se analizarán los proyectos relacionados con los modelos de atención a personas mayores:

- En varios países: Modelo Butterfly
- En Bélgica: la participación de la persona como aspecto diferenciador del modelo de atención

### **7.1. Proyectos internacionales de buenas prácticas asociados a la formación**

#### **7.1.1. Proyecto de Innovación Social Begirada – España**

Begirada es un proyecto de innovación social realizado por Matia Fundazioa y el centro formativo Nazaret en la ciudad de San Sebastián (Gipuzkoa, País Vasco). Es un proyecto dirigido al diseño curricular de la especialidad “Profesional de Referencia en el marco de la Atención Centrada en la Persona”. Esta especialidad fue homologada por el Gobierno Vasco, implantada como parte de la oferta formativa de esta comunidad autónoma desde el año 2020 e incluida como programa de especialización profesional a través de la ORDEN de 15 de junio de 2020 de la Consejera de Educación, por la que se establecen tres programas de especialización profesional.<sup>39</sup>

El proyecto tiene su origen en las necesidades sentidas por distintas organizaciones entorno a los cuidados y a la atención de personas mayores. Estas necesidades están muy relacionadas con la visión del abordaje necesario en la atención a personas mayores, que pone el foco en un modelo

<sup>39</sup> <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2020/07/2002851a.pdf>

interdisciplinar, integral, centrado en la persona y basado en la personalización de los servicios a las personas usuarias, así como a sus familiares y cuidadores/as. A su vez, desde el punto de vista formativo, se evidenció la necesidad de incorporar profesionales del cuidado con competencias en Atención Centrada en la Persona.

El objetivo principal del proyecto Begirada consistió en conseguir un diseño curricular homologado que recogiera la esencia de la mejora que supone la prestación de un servicio sociosanitario bajo el marco de la ACP, que sirviera de guía de aprendizaje para la transferencia del conocimiento desde cualquier centro de la provincia de Gipuzkoa hacia los/as profesionales del momento y futuros de los servicios de apoyo y atención a personas mayores en situación de dependencia.

El diseño y la generación del currículo formativo siguió una metodología de investigación-acción participativa y co-creación con la colaboración de diversos agentes y entidades del sector, aunando las visiones de los ámbitos sociosanitario y formativo. El desarrollo del proyecto incluyó una revisión de la literatura de experiencias internacionales, así como un análisis de proyectos europeos y currículos de otros países, principalmente los países nórdicos. A su vez, la labor de contraste incluyó un seminario en la ciudad de San Sebastián que contó con la participación de la experta sueca Astrid Lindstörn.

La competencia general que define este diseño curricular es identificar, organizar y prestar los apoyos necesarios a personas en situación de dependencia con el fin de contribuir a desarrollar su proyecto de vida en el marco de la Atención Centrada en la Persona. Las competencias técnicas, personales y sociales para la intervención que se desarrollan en este proyecto son las siguientes:

- Identificar necesidades, deseos y preferencias en la persona y/o su familia y elaborar, junto con otros/as profesionales del equipo de atención, propuestas para promover su autonomía y bienestar.
- Elaborar y proponer planes de atención conjuntamente con las personas dependientes y otros/as profesionales del equipo de atención, priorizando el bienestar y promoviendo la autonomía y la independencia en el día a día, y garantizando su participación efectiva.
- Promover la cercanía y la participación de la familia y/o el entorno de la persona dependiente.
- Favorecer la toma de decisiones en el día a día también en aquellas personas que no puedan decidir por sí mismas.
- Acompañar a la persona dependiente en su proyecto de vida aplicando habilidades sociales, emocionales y relacionales.
- Prestar apoyo de forma personalizada, teniendo en cuenta que cada persona es única y cada situación es diferente.
- Interpretar el significado de las expresiones de las personas con demencia u otras dificultades de comunicación, aplicando estrategias que fomenten su bienestar.
- Participar en la definición del equipo de apoyo cotidiano para responder desde la ACP a las necesidades de la persona dependiente en el domicilio o en centros residenciales
- Integrarse en equipos multidisciplinares y cooperar proactivamente con el resto de profesionales.
- Elaborar la historia de la vida de las personas documentando, con el consentimiento de la persona, los aspectos biográficos más relevantes para su bienestar.

- Promover el buen trato y velar por la defensa de los derechos y los valores de las personas de las que es referente.
- Apoyar el desarrollo de los planes de atención personalizada y realizar el correspondiente seguimiento prestando especial atención a cambios y situaciones que puedan generar malestar o sufrimiento en las personas de las que es referente.
- Coordinar las actuaciones y apoyos entre familia, profesionales del cuidado cotidiano y voluntarios, de quienes están a su cargo.
- Adaptarse a las nuevas situaciones laborales, manteniendo actualizados los conocimientos científicos, técnicos y tecnológicos relativos a su entorno profesional, gestionando su formación y los recursos existentes en el aprendizaje a lo largo de la vida y utilizando las tecnologías de la información y la comunicación.
- Resolver las incidencias relativas a su actividad, identificando las causas que las provocan y tomando decisiones de forma responsable.

Estas competencias se recogen en cuatro ámbitos de aprendizaje o módulos, los cuales tienen definidas las destrezas y habilidades que se deben adquirir, así como sus criterios de evaluación:

Ámbitos de aprendizaje	Asignación horaria
Marco ético y conceptual de la ACP	60h
Recursos y estrategias para la intervención profesional desde la ACP	110h
Personalización, vida cotidiana y promoción de la autonomía	450h
Recursos personales y de equipo	180h
Total	800h

Esta especialidad se desarrolla en formación dual de 800h donde las horas prácticas adquieren una especial relevancia (500h) acompañando las diversas metodologías propuestas para su intervención. Todas ellas, recogen como escenario de aprendizaje el lugar de trabajar, bien de forma directa o por medio de simulaciones o contrastes con la realidad.

Los resultados del aprendizaje del programa son que el/la estudiante será responsable de asegurar la elaboración y el desarrollo de los planes de atención a personas en situación de dependencia en el marco de la atención centrada en la persona, y de garantizar la consecución de los objetivos establecidos en los mismos, evaluando junto con el resto del equipo técnico los resultados que alcanza. Asimismo, resolverá problemas y contingencias en las tareas que ejecuta que, en ocasiones pueden ser no predecibles, generando soluciones y aportando información o propuestas para la mejora.

Por tanto, esta especialidad, responde al desarrollo de itinerarios profesionales complementarios capaces de responder a necesidades sociales e institucionales donde se demandan profesionales más competentes y polivalentes. Además, contribuye al fomento de las vocaciones de las personas jóvenes presentando el cuidado de las personas en situación de dependencia como una profesión atractiva, con responsabilidad, de marcado carácter social y de oportunidad laboral.

### **7.1.2. Buenas prácticas en Suecia: Su Modelo socio-educativo y el Gothenburg Centre for Person-Centred Care – GPCC**

El modelo de atención y cuidados sueco es uno de los grandes referentes en materia de atención centrada en la persona. De la revisión de su modelo de atención de larga estadia (SIIS, 2020) se puede destacar que, tanto a nivel domiciliario como residencial, es un modelo que se sustenta en los siguientes valores-guía: la prestación de una atención de calidad, el mantenimiento de la privacidad y personalización, el trato adecuado a la persona, la autodeterminación y participación de la persona en la elaboración de su plan de vida, la seguridad y el mantenimiento de estilos de vida significativos y la adaptación individual.

De cara a analizar de manera más concreta el modelo de atención en centros de larga estadia, es importante destacar que, a diferencia de otros países del entorno europeo, en el caso sueco, no se establecen ratios determinadas o cualificaciones específicas en lo que se refiere al personal que trabaja en este tipo de centros, más allá de algunas disposiciones relativas al personal que debe trabajar en horario nocturno y a las recomendaciones sobre su cualificación básica (SIIS, 2020).

Asimismo, desde el SIIS (2020), tomando como fuente de información la Junta Nacional de Salud y Bienestar Sueca (Socialtyrelsen), se detalla también que el personal que trabaja en el ámbito de la atención a las personas mayores prestando servicios de atención directa debe al menos:

- Haber realizado una formación general en el ámbito de los cuidados (800 / 1.500 créditos) y una formación especializada en geriatría de al menos 300 créditos.
- Tener un nivel suficiente de expresión en sueco.
- Haber adquirido una serie de competencias básicas en ámbitos como los cuidados, la comunicación, la normativa de aplicación en el ámbito de los servicios sociales, el envejecimiento, la intervención social, el tratamiento de las limitaciones funcionales, etc.

A partir de esa regulación de mínimos, en la actualidad, el personal que trabaja en la atención a las personas mayores en Suecia pertenece en general a una de estas tres categorías (Moberg et al., 2018): enfermeras/os con un título universitario de tres años, auxiliares de enfermería (undersköterska) que han cursado tres años de educación secundaria superior o un año de formación profesional para adultos, que habilita para trabajar como auxiliar de cuidados (vardbiträde.) Además, también hay auxiliares de asistencia sin competencias formales.

En 2020, de cara a fomentar que este personal sin cualificación formal mejore sus competencias y cualificación, la principal central sindical sueca y la asociación sueca de municipios llegaron a un acuerdo para poner en marcha un programa formativo para desarrollar en 2 años, destinado principalmente a los/as profesionales de atención directa (gerocultoras/es, auxiliares de enfermería, etc.) y orientado tanto a mejorar las condiciones de trabajo y la formación de las personas

que ya están trabajando en el sector, como a insertar laboralmente en el sector de los cuidados de larga duración a personas desempleadas que anteriormente trabajaban en otros sectores.

Los objetivos del plan son:

- Convertir en empleos indefinidos y a jornada completa una proporción determinada de los empleos temporales y/o parciales que se desarrollan en la actualidad en el sector.
- Ofrecer empleo en prácticas en el sector de la atención residencial a personas sin experiencia laboral en el sector
- Facilitar el acceso a la formación de estas personas, bien en el ámbito de la formación profesional para personas cuidadoras (mediante cursos de 800 créditos), bien mediante cursos de formación profesional especializadas para auxiliares/as de enfermería (1500 créditos).

La administración central financia el gasto que corresponde a las actividades formativas del programa (50%), incluyendo la reducción de jornada necesaria para participar en las actividades formativas, mientras que los ayuntamientos financiarán el 50% restante, que corresponde a los salarios que recibirán las personas que participen en el programa. Esta estrategia específica se suma a otras similares desarrolladas por el Gobierno sueco para incrementar el atractivo profesional del sector de los servicios sociales y atraer a un mayor número de profesionales cualificados al sector.

De igual manera, y también para mejorar la formación del personal de los centros de larga estada, desde los municipios se ha ofrecido un programa educativo voluntario de cuatro años con financiación pública para la formación. No obstante, debido a esa dependencia municipal, no es un programa consistente a nivel nacional y presenta diferencias en contenidos y formato basándose en la visión de cada municipio (Dyer et al., 2020).

En esta misma línea de mejora de competencias y atención adecuada a las necesidades de las personas mayores, es importante señalar también la existencia de directrices y guías que abordan temáticas concretas propias del modelo ACP, como la nutrición, en la que se abordan otros aspectos, como la alimentación, la higiene o el cuidado de los entornos a la hora de las comidas. Estas guías son publicadas por distintos organismos como el ya citado Socialtyrelsen o la Agencia Sueca de la Alimentación (Livsmedelsverket). Desde el SIIS (2020) se destacan entre otras, las siguientes:

- Prevención y tratamiento de la desnutrición en las personas mayores que reciben servicios sociales (Socialtyrelsen, 2020).
- Alimentación adecuada y atención a las personas mayores. Recomendaciones para los servicios de atención a personas mayores (Livsmedelsverket, 2019).

- **El Programa de Atención y cuidados**

Antes de explicar las distintas opciones existentes en Suecia para trabajar dentro del ámbito de atención y cuidados a personas mayores y/o con discapacidad, es importante explicar, aunque sea muy brevemente, algunos aspectos relativos al funcionamiento de su modelo educativo.

La educación obligatoria, (Grundskola en sueco) rige entre los 7 y los 16 años de edad, aproximadamente. A su finalización, el alumnado puede iniciar la educación secundaria postobligatoria (Gymnasieskola en sueco) que abarca 3 años (entre los 16 y los 19). En la actualidad más del 90% de las personas que han asistido a la escuela obligatoria pasan a la Gymnasieskola.



La Gymnasieskola se compone de distintos programas, algunos de los cuales conducen directamente a la Universidad, otros a la Enseñanza Superior y otros al mundo laboral (López Goñi, 2004). En la actualidad, oferta un total de 16 programas diseñados a nivel nacional, de los cuales 14 son programas de orientación profesional y 2 de orientación universitaria<sup>40</sup>. Todos los programas ofertados tienen en común algunas asignaturas obligatorias, como, por ejemplo, sueco, inglés, educación cívica, matemáticas, deporte y educación sanitaria. En el caso de los programas de formación profesional, se incluyen prácticas de trabajo que suponen al menos un 15% del tiempo disponible.

Las personas interesadas en trabajar en el sector de los cuidados pueden acceder a él a través del Programa de Atención y Cuidados. Este programa se dirige a quien desea trabajar dentro del sector de salud, psiquiatría, atención y cuidado de personas mayores y/o personas con discapacidad (vardbiträde, undersköterska, asistente personal o “specialpedagog”).

Al finalizar esta educación superior postobligatoria, se puede comenzar a trabajar como auxiliar de cuidados o vardbiträde o seguir estudiando en una escuela profesional superior, para obtener el título de auxiliar de enfermería o undersköterska, o acceder a la Universidad y obtener el título de enfermera/o titular, tras completar los tres años de formación.

Hasta este momento, para trabajar como vardbiträde o undersköterska, no es necesario contar con lo que se denomina un “título profesional protegido”, pero en el caso del perfil undersköterska, esta situación se va a modificar a partir del 1 de julio de 2023. Esto significa que se necesitará superar una prueba para tener derecho a usar el título de undersköterska o auxiliar de enfermería. Para acceder a esa prueba, será necesario tener educación con un enfoque en la salud y la atención social de la escuela secundaria superior o la educación municipal de adultos.

En el programa profesional, las asignaturas comunes con el bachillerato son: inglés, historia, educación física y sanitaria, matemáticas, ciencias naturales, religión, ciencias sociales, sueco o sueco como segundo idioma. En este programa se estudian también asignaturas específicas. Las asignaturas específicas comunes del programa son: salud, medicina, el ser humano, psiquiatría, psicología, ciencias sociales, pedagogía especializada, sueco (o sueco como segundo idioma) y atención y cuidados.

Existe la posibilidad de especializarse y de ampliar los conocimientos dentro del programa, a través de lo que se llama “profundización del programa”, donde se pueden elegir cursos especializados orientados a la atención de personas mayores, con discapacidad o enfermedad mental.

En el programa se practican las tareas que se exigen en la vida profesional, por ejemplo, ayuda con el cuidado personal, tareas relacionadas con los productos sanitarios, tareas del hogar, tareas administrativas, tareas sociales y tareas asociadas a la forma de planificar y documentar el trabajo. Además, se capacita y entrena en formas de resolución de conflictos o situaciones propias de la práctica profesional, a través del abordaje de problemas prácticos que se resuelven en grupo o individualmente. También se practica la capacidad para tomar iniciativas y ser creativo, y se adquieren más conocimientos sobre cómo dirigir una empresa.

---

<sup>40</sup> Este punto en el que se recoge el funcionamiento del programa de atención y cuidados se realiza a partir de la exposición que, sobre el mismo, realizó la experta en ACP Astrid Linsdtöm, en un seminario de contraste y validación de buenas prácticas, desarrollado en San Sebastián (Guipuzcoa) el 10 de abril de 2019 dentro del Proyecto de Innovación Social Begirada

Al final del programa de servicios asistenciales, se debe hacer lo que se denomina una tesis de bachillerato dentro del área profesional que se haya escogido. En ella, se debe mostrar que se han adquirido los conocimientos necesarios para comenzar a trabajar en la profesión para la que se ha estudiado. En este modelo de formación, se da gran valor a desarrollar parte de esta tesis en uno o en varios lugares de trabajo durante un mínimo de 15 semanas y se llama **Formación adquirida en lugares de trabajo** (APL por su nombre en sueco). Esta formación, constituye una parte importante del programa, ya que proporcionará a los/as alumnos/as experiencia y, además, contactos que les serán útiles cuando accedan al ámbito laboral.

Dentro del programa es posible también cursar el bachillerato en forma de aprendizaje (apprentice). Se adquieren los mismos conocimientos, pero la mitad de la formación, como mínimo, se realiza en uno o varios lugares de trabajo.

Por otra parte, el curso de educación secundaria superior que habilita para trabajar como auxiliar de enfermería (Undersköterska), consta de 1.500 créditos, distribuidos en aproximadamente 30 semanas o un curso escolar, e incluye materias relacionadas con el cuidado a las personas mayores, psiquiatría, psicología, medicina, ética aplicada a la intervención social y educación para la salud, así como sueco (SIIS, 2020).

Finalmente, es importante destacar que en Suecia pese a que, como se ha destacado al inicio, existe todo un sistema formativo orientado a la atención y los cuidados, donde se otorga gran importancia al aprendizaje práctico a través de metodologías basadas en denominado “learning by doing”, existe una gran variabilidad en cuanto a la formación de las personas que trabajan en el sector de cuidados. De hecho, en el año 2015, de las 219.000 personas empleadas en el cuidado de personas mayores en Suecia, el 7% eran enfermeros/as formados/as, el 53% auxiliares de enfermería/cuidados y el 32% carecían de formación profesional reglada. Además, el 8% restante tenía formación sanitaria o asistencial adicional, como fisioterapeutas (Moberg L, Blomqvist P, 2017). Entendemos que es importante señalar este hecho, ya que implica que, pese a la buena formación existente a nivel formal, ésta también se complementa con otras muy buenas prácticas a nivel no formal que, desde el marco ACP, lo complementan y contribuyen a desarrollar un buen modelo de atención. A continuación, se muestra un ejemplo de esas buenas prácticas.

- **Gothenburg Centre for Person-Centred Care – GPCC**

Dentro del modelo educativo sueco, además del programa de atención y cuidados analizado en el apartado anterior, destaca el Centro para la Atención Centrada en la Persona (GPCC) por su labor en el estudio y desarrollo de este modelo de atención.

El GPCC<sup>41</sup> es un centro de investigación clínica y aplicada establecido en el año 2010 con el apoyo de la inversión estratégica del gobierno sueco en investigación de salud y atención. Su principal objetivo es apoyar y llevar a cabo investigaciones relacionadas con la atención centrada en la persona, para mejorar el conocimiento sobre cómo el individuo experimenta y maneja la enfermedad a largo plazo, así como para implementar y evaluar la atención centrada en la persona en la práctica. Este centro proporciona una base de evidencia en una variedad de áreas clínicas para un marco práctico,

---

<sup>41</sup> <https://www.gu.se/en/gpcc>

pero también basado en la ética, para la atención centrada en la persona. Además, se apuesta por un mayor desarrollo de la ACP atendiendo a la sostenibilidad a lo largo del tiempo, al seguimiento estructurado y a su integración en los sistemas de atención de salud y su transición al hogar de los pacientes (Care, Naldemirci y Wolf, 2019).

Por otro lado, tiene como misión difundir conocimiento mediante la creación de programas formativos en diferentes niveles, así como con programas de implementación práctica para entornos de salud y atención a través de una empresa sin fines de lucro: Implementar GPCC.

El GPCC ha desarrollado dos herramientas abiertas y gratuitas para difundir el conocimiento sobre los cuidados centrados en la persona a cualquier persona interesada en el área, independientemente de su profesión o formación: Mutual Meetings y PCC-game.

Las Mutual Meetings<sup>42</sup> es una herramienta digital para la educación y la implementación de la atención centrada en la persona para todos/as los/as profesionales de la salud y el cuidado. La capacitación se lleva a cabo en grupos de cuatro a seis personas con formaciones distintas (personal de enfermería, medicina, rehabilitación, etc). El programa está compuesto por tres módulos (cooperación, narrativa del paciente y documentación) con una duración de 50 minutos cada uno.

La aplicación PCC-Game<sup>43</sup> se puede considerar un complemento para quienes quieran ampliar conocimiento sobre la atención centrada en la persona. El juego se configura como un mapa donde la persona usuaria puede elegir diferentes tareas. Estas tareas son minijuegos o contenido que estimulan la reflexión (por ejemplo, analizar los diálogos y discursos de una persona que recibe cuidados para luego crear un plan de salud y atención junto a esta persona). El juego también alienta a la persona usuaria a probar nuevas ideas directamente en las actividades diarias y pensar en sus resultados.

### **7.1.3. Skills for Care- Reino Unido**

Skills for Care<sup>44</sup> es el organismo autónomo de planificación y desarrollo estratégico para el cuidado social de personas adultas en Inglaterra, específicamente orientado a mejorar el reclutamiento, la formación y la retención de los/as profesionales que intervienen en la prestación de los cuidados a personas con necesidades sociales.

Establecido en 2001, trabaja con empresas empleadoras, el gobierno y los socios para garantizar que la atención social cuente con las personas, las habilidades y el apoyo adecuados y necesarios para brindar atención de calidad, ahora y en el futuro. Además de actividades específicamente centradas en el ámbito de la formación y orientación sobre las mejores prácticas, herramientas y recursos, este organismo colabora con las entidades prestadoras de servicios al objeto de desarrollar estrategias que permitan mejorar su política de personal y las condiciones laborales de los/as trabajadores/as. El rol de este organismo es trabajar en todo el sistema para comprender los factores clave para el cambio en el ámbito laboral, utilizando información, datos y evidencia.

Este organismo trabaja en red junto con otros agentes como organizaciones comerciales, asociaciones de atención, organizaciones benéficas, Association of Directors of Adult Social Services

---

<sup>42</sup><https://www.gu.se/en/gpcc/mutual-meetings-free-online-course-in-person-centred-care>

<sup>43</sup> <https://www.gu.se/en/gpcc/the-pcc-game>

<sup>44</sup> <https://www.skillsforcare.org.uk/home.aspx>

(Asociación de Directores de Servicios Sociales para Adultos) o la Local Government Association (Asociación de Gobierno Local). Asimismo, desarrollan su trabajo con redes locales en toda Inglaterra a través de equipos que trabajan directamente con proveedores de atención social para adultos, así como con otros agentes internos de los sistemas locales de salud y atención.

Desde Skills for Care se propone una actualización de conocimientos y habilidades en una variedad de áreas temáticas basándose en una revisión de la legislación, las pautas, la orientación legal, los estándares y recomendaciones. Se apuesta por una actualización de la formación de los equipos de trabajadores/as en temas relacionados con la legislación vigente y las mejores prácticas. En relación con la frecuencia de la actualización, se considera un factor importante la aparición de algún tipo de modificación en el entorno, la política, el procedimiento o el método de prestación de servicios, así como la llegada de una persona que accede a la atención y precisa de apoyos adicionales. A estos factores que generan cambios los denominan “nuevo riesgo”. Teniendo en cuenta estos aspectos de necesidad de actualización y la “aparición de nuevos riesgos”, desde Skills for care, en asociación con empleadores de atención social, proveedores de formación y organizaciones representativas, proponen una formación básica y obligatoria compuesta por diferentes apartados, para cada uno de los cuales sugieren una frecuencia de actualización concreta (entre 1 y 3 años en función del apartado o bien siempre que exista necesidad). A continuación, se muestra un resumen de dichos apartados o temas de la formación básica y obligatoria (consultar Tabla 6 en Anexos: Skills for Care. Temas, resultados de aprendizaje y frecuencia de actualización)

#### **7.1.4. Proyecto Appfordem**

El proyecto AppForDem<sup>45</sup> (Erasmus+, 2019-2022) es un proyecto orientado a crear un conjunto de recursos educativos abiertos para los/as cuidadores/as de personas con demencia, con referencia en diferentes apps y plataformas de teleformación en el contexto internacional, con el propósito de implementar estos recursos en los programas de formación profesional en las actividades de cuidados de larga duración.

Se trata de un proyecto en el que han participado los países de Rumanía (Asociatia Habilitas - Centru de Resurse si Formare Profesionala), Italia (Anciani e non solo), España (Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Castilla la Mancha y Galicia) y Dinamarca (SOSU Oestjylland).

El proyecto se ha desarrollado en tres fases:

- Fase 1. Protocolo de estudio

La primera fase fue dirigida a la definición del currículo formativo “Cuidados especializados a personas con demencia” con referencia en el nivel 4 del Marco Europeo de Cualificaciones (EFQ/MEC). En esta primera fase, se realizó un estudio sobre las diferentes experiencias europeas de formación online: Videns on Demens, Yo te cuido, Dementia Support, etc. Se tuvieron en cuenta los diferentes programas formativos para la formación de cuidadores/as en los países participantes y se utilizaron referentes comunes con el formato suplemento de certificado/diploma Europass. Asimismo, se llevó

---

<sup>45</sup> <https://www.appfordem.eu/es>

a cabo una consulta con expertos en los países participantes para una propuesta conjunta de currículo formativo.

El currículo formativo que se propone en este proyecto se denomina “**Atención especializada a personas con demencia**” y sirve de base para el desarrollo de recursos educativos abiertos disponibles en internet: app educativa y curso de teleformación. El objetivo del currículo formativo es proporcionar a los/as cuidadores/as una visión global de la demencia para enfrentar los problemas cotidianos de acuerdo con un enfoque basado en el MACP. En la app educativa las personas cuidadoras pueden encontrar un instrumento útil para el trabajo diario con personas con demencia, especialmente aquellos que trabajan en residencias de personas mayores y en atención domiciliaria, aunque este recurso también es adecuado para los cuidadores familiares. Por tanto, este currículo está dirigido a cuidadores/as informales y formales.

El currículo formativo se basa en competencias y resultados de aprendizaje. Las **competencias** de este currículo son las siguientes:

- Centrarse en la persona completa, destacando la importancia de la historia de vida
- Planificar el día a día de la persona
- Utilizar las competencias relacionales y de comunicación específicas necesarias
- Atender a personas con bajo nivel de conocimiento de sí mismas
- Tratar a la persona con comportamiento desafiantes
- Tratar con personas infelices
- Tratar con personas jóvenes con demencia
- Colaborar con familiares y personas de diferentes orígenes culturales
- Afrontar dilemas utilizando nuestro conocimiento sobre la demencia
- Reflexionar y debatir
- Formular y transmitir observaciones significativas
- Manejar diferentes necesidades todo el tiempo y tener el coraje de su profesión y profesionalidad, independientemente del estado social de los familiares
- Apoyar las actividades de atención indicadas por el equipo interdisciplinario
- Proporcionar actividades de cuidado físico
- Realizar actividades sociosanitarias
- Ofrecer apoyo psicosocial
- Proteger la autonomía del paciente y prevenir el abuso y el maltrato

La carga de trabajo del estudiante, es decir, el tiempo necesario para completar todas las actividades de aprendizaje planificadas, se estima en 40h. La **propuesta de capacitación** se divide en 8 módulos y 19 unidades de aprendizaje.

Módulos	Unidades de aprendizaje
M1. Introducción a la demencia	U1. El estudio del sistema nervioso humano
	U2. Qué es la demencia

	U3. Deterioro cognitivo
M2. Demencia	U1. Tipos comunes de demencia
	U2. Diagnóstico de demencia
	U3. Tratamiento médico
	U4. Tratamiento no-farmacológico
M3. Factores agravantes a tener en cuenta	U1. Síntomas físicos: prevención de factores agravantes, complicaciones y conflictos
	U2. Sentidos y percepciones: prevención de complicaciones y conflictos
M4. Atención especializada	U1. Identidad de la persona con demencia y aspectos relacionados con las actividades básicas de la vida diaria
	U2. Tecnología, ayudas, vivienda, equipamiento
M5. Cómo acercarse a alguien con demencia	U1. Atención centrada en la persona con demencia
	U2. Necesidades psicológicas
	U3. Consejos, cómo comunicarse e interactuar con personas con demencia
M6. Actitud hacia las alteraciones de conducta	U1. Prevención y manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia
	U2. Consejos, cómo comunicarse e interactuar con comportamiento desafiante
M7. Apoyos la familia de personas con demencia	U1. Desestigmatizar la demencia
	U2. Cómo afrontar el síndrome del cuidador
	U3. Derechos humanos de las personas que viven con demencia
M8. Ética del cuidado	U1. Ética del cuidado

- Fase 2. Desarrollo de contenidos para una app y un curso de teleformación

En la segunda fase se desarrollaron los contenidos de la **app educativa “Demencia y vida diaria”<sup>46</sup>** y del curso **“Atención especializada a personas con demencia”**. Para ello, se realizaron talleres con expertos en los países participantes, casos prácticos, el diseño de una guía didáctica y una validación de los resultados. Los contenidos del curso de teleformación quedaron divididos en cuatro módulos y los de la app en 8 apartados:

Teleformación - Módulos formativos
M1. Entender la demencia
M2. Atención especializada. MACP
M3. Cómo interactuar con alguien con demencia
M4. Actitud hacia las alteraciones del comportamiento
APP. Unidades de contenido
1. Entender la demencia
2. Comer y beber
3. Higiene personal
4. Aseo
5. cambios de comportamiento



[Contenido de la App educativa]. Seminario AppForDem. 11 de febrero del 2022

<sup>46</sup> <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.app.appfordem&hl=es&gl=US>



[Contenido de la App educativa]. Seminario AppForDem. 11 de febrero del 2022

- Fase 3. Validación y pilotaje

Por último, en la tercera fase se probaron los recursos formativos con destinatarios directos para proponer su implementación en el ámbito nacional. Para ello, se llevó a cabo un proceso de pilotaje para probar la idoneidad de la app y del curso de teleformación en relación con las necesidades de formación de los destinatarios. En este proceso de pilotaje participaron un total de 37 organizaciones y 84 personas: 44 en Rumanía, 20 en España y 17 en Italia. Los resultados del pilotaje fueron positivos. Los contenidos de la app, su manejo, lenguaje e interfaz fueron valorados positivamente. Además, resultó muy útil para el autoaprendizaje. La app quedó definida como una app educativa dirigida a los cuidadores de personas con demencia en los idiomas inglés, italiano, español y rumano.

Además, de todos los contenidos específicos desarrollados, hay que destacar que cada uno de los 4 países participantes, desarrolló un dossier con información relevante de la atención a la demencia en cada uno de ellos. En concreto, resulta de particular interés Dinamarca por su visión global de la atención a la demencia, muy vinculada a la investigación, especialmente en el área de las demencias, y a la formación a cuidadores/as de personas que necesitan cuidados.

#### **7.1.5. Atención a las personas con demencia en Dinamarca: modelo de capacitación y recursos.**

Dinamarca cuenta con un gran recorrido en la atención a personas con demencia. En primer lugar, la investigación en el área de las demencias tiene un gran protagonismo, especialmente asociado al Danish Dementia Reserach Centre (DDCR). En segundo lugar, la capacitación de los profesionales que atienden a las personas con demencia es muy especializada, ya que se le otorga especial importancia a la especialización de los/as profesionales en este ámbito.



El DDCR<sup>47</sup> es una organización pública que se dedica a la investigación, formación y divulgación del conocimiento en el área de las demencias. El centro fue fundado con el apoyo de la Danish Health Foundation y el Ministerios del Interior y Salud del país en septiembre del 2007. El centro se encuentra en el Rigshospitalet (el mayor hospital de Dinamarca) y tiene su sede en el Departamento de Neurología.

En Dinamarca, el trabajo con las personas con demencia se considera una tarea que requiere una especial capacitación. Este trabajo es, generalmente, desarrollado por **trabajadores sociales y sanitarios o asistentes sociales y sanitarios**, puestos cuyas características se desarrollarán más adelante. Es poco frecuente que las tareas de cuidados las realicen los familiares en casa sin ayuda.

El enfoque que sigue la red de cuidados del país es el de la ACP. Se le otorga una gran importancia a la formación en este ámbito para dar la mejor atención a las personas con demencia. Existe un amplio consenso sobre la necesidad de adquirir competencias concretas en este aspecto. Las competencias en esta área, por medio del enfoque socio-pedagógico educativo, se relacionan con ser capaz de abordar:

- Centrarse en la persona en su totalidad: la historia de vida importante
- El día de la persona tiene 24 horas
- Competencias relacionales específicas
- La falta de autocomprensión de la persona
- Las personas con comportamientos desafiantes
- La persona infeliz
- Las personas más jóvenes con demencia
- Colaboración con los familiares
- Personas de origen no occidental

Las habilidades generales son:

- Ser capaz de enfrentarse a dilemas (basados en el conocimiento de la demencia)
- Ser capaz de reflexionar y argumentar
- Ser capaz de formular y transmitir observaciones significativas

---

<sup>47</sup> Más información en <https://videnscenterfordemens.dk/en/about-ddrc>

Y las habilidades personales:

- Ser capaz de manejar diferentes necesidades en todo momento
- Tener el valor de su profesión y profesionalidad, independientemente del estatus social de los familiares

Basándose en estos aspectos, SOSU, la universidad básica de educación social y sanitaria más grande de Dinamarca, situada en la capital, ofrece las siguientes formaciones: **ayudante de atención social y sanitaria y asistente de atención social y sanitaria.**

El Ministerio de Educación de Dinamarca describe la formación del **ayudante social y de atención sanitaria** como una formación en la que se adquirirán competencias y capacidades asociadas al apoyo en la vida de la persona mayor para garantizar su calidad de vida (habilidades en higiene, nutrición, actividades de la vida diaria...), así como conocimientos de prevención y tratamiento de enfermedades y de comunicación tanto con la persona mayor como con sus familiares.

Por otro lado, la formación de **auxiliares sociosanitarios**, se define como una formación asociada a los conocimientos para dar ayuda práctica y personal y participar en las tareas y planificación de enfermería y cuidados, así como actividades que fortalezcan la salud y prevengan enfermedades, incluyendo la gestión de la medicación y su documentación asociada. También se contempla el trabajo con otros/as profesionales de la salud y la organización de programas de atención. Además, ejerce de guía a los ayudantes sociales y sanitarios en atención domiciliaria.

A continuación, se muestran la duración de estas formaciones y los cursos obligatorios y opcionales que las componen:

Formación	Cursos obligatorios	Cursos opcionales
<b>Ayudante social y de atención sanitaria</b> – 2 años y dos meses	<p>El papel del asistente social y sanitario</p> <p>El encuentro con la persona necesitada de cuidados</p> <p>Ayuda personal, enfermería y cuidados</p> <p>Promoción de la salud, prevención y rehabilitación</p>	<p>La cooperación entre la persona que sufre demencia y sus familiares</p> <p>Dieta y ejercicio para grupos vulnerables</p> <p>Calidad de vida y prevención de la soledad</p> <p>El encuentro con las personas con enfermedades mentales</p> <p>Las tareas del cuidador sociosanitario a través del curso de paliativos</p> <p>Tecnología del bienestar y tareas relacionadas con la telemedicina</p>

<b>Auxiliares sociosanitarios – 3 años y 10 meses</b>	<p>El encuentro con la persona que necesita cuidados y el paciente</p> <p>La persona coherente y la atención al paciente</p> <p>Calidad y desarrollo</p> <p>Enfermedades y cuidados de enfermería (tanto físicas como mentales)</p> <p>Promoción de la salud, prevención y rehabilitación</p> <p>Farmacología y gestión de medicamentos</p>	<p>El asistente social y sanitario como jefe de equipo</p> <p>Red y co-creación con grupos vulnerables</p> <p>Necesidad de tratamiento sociopsiquiátrico agudo de una persona</p> <p>El alivio del dolor en relación con las enfermedades físicas y/o mentales</p> <p>El papel del asistente social y sanitario en el ingreso hospitalario de personas con demencia</p> <p>Una persona que necesita cuidados, que sufre una discapacidad física y/o mental</p> <p>Profundización de los conocimientos de la enfermera y desarrollo profesional</p> <p>Las tareas del asistente social y sanitario en cuanto al final de la vida</p>
---	---	---

Desde el SOSU se ofrecen cursos para cuidadores/as empleados/as que trabajan con personas con demencia. Los centros de FP de Dinamarca son conocidos por su enfoque muy práctico de la enseñanza. La enseñanza se suele planificar en diálogo con los municipios, que son los empleadores. Puede tratarse de un solo curso o de una serie de cursos continuos en función de las necesidades de los municipios. Los cursos son de ámbito nacional y tienen los mismos objetivos de aprendizaje. Los títulos y su duración son:

1. Detección precoz de la demencia en el trabajo asistencial: curso de 3 días
2. Personas con demencia - conocimiento de la enfermedad: curso de 5 días
3. La vida con sentido - personas con demencia: curso de 5 días
4. Personas con demencia - actividades y calidad de vida: curso de 5 días.
5. Comportamiento inadecuado y reacción exterior de las personas con demencia: curso de 5 días
6. Cuidados paliativos para personas con demencia: curso de 4 días

## 7. Detección precoz de la demencia en el trabajo asistencial.

Además, el SOSU utiliza para su enseñanza en educación social y sanitaria una herramienta de especial interés como ABC Dementia e-learning que se analiza y desarrolla a continuación.

- **ABC Dementia e-learning**

Se trata de un programa gratuito de aprendizaje online para trabajadores/as en el ámbito de la demencia. El programa está compuesto por diversas herramientas de aprendizaje como casos, fragmentos de películas, ejercicios o pruebas. Está pensado para que cada estudiante lleve su propio ritmo. Se resumen los diferentes apartados que ofrece este programa dirigido a grupos específicos en la tabla 7 en Anexos<sup>48</sup>.

- **La Rueda de conversación versión demencia**

Por otro lado, resulta interesante destacar esta herramienta desarrollada en el mismo país por el Danish Dementia Reserach Centre (DDCR), en colaboración con un grupo de trabajo formado por profesionales de la Clínica de Demencias del Rigshospitalet del Departamento de Salud del municipio de Esbjerg, utilizando herramientas existentes basadas en la evidencia.

La Rueda de la Conversación- Versión Demencia<sup>49</sup> es una herramienta que puede utilizarse para hablar con personas con demencia leve o moderada y con sus familiares. Esta herramienta se basa en un enfoque holístico y centrado en la persona, en la que la vida del ciudadano, sus valores, intereses y deseos son el centro y el punto de partida de la conversación. Este sistema ayuda a garantizar un proceso holístico y de inclusión a la hora de identificar las necesidades, deseos y recursos de las personas con demencia y sus familiares.

El marco de referencia de la rueda de conversación es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Deficiencia y del Estado de la Salud (CIF) de la OMS. El objetivo de la CIF (OMS, 2007) es proporcionar un lenguaje común y estandarizado y un marco conceptual para describir la salud y las condiciones relacionadas. La herramienta basada en la CIF puede utilizarse en todas las disciplinas e instituciones/sectores para describir el funcionamiento y las necesidades de rehabilitación de los pacientes. La clasificación de la CIF consta de dos partes que tratan de los factores de funcionamiento y de los factores contextuales. Los factores funcionales incluyen los componentes cuerpo, actividad y participación, y los factores contextuales incluyen los componentes entorno y factores personales. La rueda de la conversación se basa en estos componentes o temas, pero en una versión simplificada con un centro y cuatro temas (Manual para la rueda de conversación - versión demencia – “Caja de herramientas para el asesoramiento, enseñanza y apoyo de personas con demencia y familiares”, 2019):

- Factores personales = Quién soy - mis valores (centro)

Trata de los factores más importantes, de la historia de vida de la persona, la identidad, los valores personales, los deseos etc.

<sup>48</sup> Extraído de: <https://videnscenterfordemens.dk/da/abc-demens-gratis-e-learning>

<sup>49</sup> <https://videnscenterfordemens.dk/da/samtalehjulet-version-demens>

- Funciones del cuerpo = Mi cuerpo y mi cerebro

Hace referencia a las funciones físicas y mentales (cognitivas) de la persona, necesarias para realizar actividades e interactuar con los demás.

- Actividades = Mis actividades en la vida cotidiana

Se refiere a la capacidad de la persona para realizar y participar en las actividades de la vida diaria, tanto en el hogar como fuera de él. Incluyen tareas diarias, así como actividades culturales y de interés.

- Participación = Mi relación con los demás

Está relacionada con la capacidad de una persona para participar en la interacción social, para entablar relaciones e interacciones con los demás y para entender las reglas del juego social.

- Entorno y oportunidades de apoyo y contacto = Mi entorno

Mi entorno describe los factores y condiciones externas que afectan a la persona. Pueden incluir la familia y las amistades con otras personas, las circunstancias financieras de la persona, la relación con el sistema de asistencia pública y las oportunidades de servicios sociales y sanitarios, y las oportunidades y limitaciones del entorno físico dentro y fuera del hogar.



[Materiales de la Rueda de la Conversación Versión Demencia] <https://videnscenterfordemens.dk/da/samtaleshjuletversion-demens>

Basándose en esta herramienta, la conversación puede tener los siguientes objetivos:

- Dar voz a la persona con demencia y destacar su situación.
- Conocer a la persona con demencia y su mundo, e iniciar y construir una relación segura y de confianza.
- Descubrir los valores, los recursos, los intereses y los deseos de la persona, así como la pérdida de funciones causada por la demencia.

- Identificar las necesidades de conocimiento, asesoramiento y apoyo de la persona y la familia para llevar una vida activa con demencia.
- Seguir la situación de la persona a medida que se desarrolla la enfermedad (seguimiento y reevaluación, seguimiento y acompañamiento).

Para desarrollar esta conversación existen las tarjetas auxiliares. El objetivo de estas tarjetas es ayudar a las personas con demencia leve o moderada a mantener la concentración en la conversación y compensar el deterioro de las funciones cognitivas, como la memoria, el lenguaje, la concentración y el pensamiento abstracto.

Esta herramienta ofrece unos pasos para mantener la conversación práctica sobre la vida y la situación actual de la persona utilizando la rueda de conversación y las tarjetas auxiliares. Los pasos, a modo de recomendación, podrían ser los siguientes:

1. Preparación de la entrevista: elegir si va a estar presente o no un/a cuidador/a, si es necesario juntarse antes o después con un/a cuidador/a, valorar la motivación de la persona para participar en la conversación, considerar las capacidades y habilidades de la persona, etc.
2. Introducción a lo que va a ocurrir y establecimiento de una relación y un contacto seguros
3. Identificar los deseos, recursos y necesidades de la persona
4. Priorización y evaluación (personal, familiar y profesional): ayudar a priorizar los temas, resumir lo conversado, etc.
5. Finalizar y acuerdo sobre el seguimiento

Esta herramienta también se puede utilizar en conversaciones en grupo. Se debe considerar como una estrategia útil para iniciar un intercambio de experiencias.

La experiencia del uso de la rueda de conversación ha evidenciado que los/as profesionales deben tener una serie de competencias y habilidades específicas como:

- Tener conocimiento y comprensión de la teoría utilizada, de manera que se entienda el propósito y se pueda evaluar la situación de la persona basándose en lo que dice y en la comprensión holística de la CIF.
- Conocer los códigos de la CIF utilizados para poder hacer preguntas más detalladas sobre lo que la persona dice sobre su propia situación.
- Tener un enfoque apreciativo y relacional de la colaboración y la comunicación con la persona con demencia, lo cual se resume en estos 9 puntos:
- Ser profesional, pero también amable sin ser reservado.
- Ofrecer oportunidades de reciprocidad, por ejemplo, aceptando aprender algo nuevo en lo que la persona con demencia es buena.
- Estar presente.
- Utilizar la escucha activa: escuchar a la persona siguiendo con atención y sinceridad lo que dice y hace, incluso con tu lenguaje corporal.
- Aplicar la potenciación, lo que significa.
- Ser un catalizador para la resolución de problemas y proporcionar apoyo sin hacerse cargo de estos.
- Destacar los éxitos y los buenos momentos.

- Estar abierto a hablar sobre el dolor, la pena y otros sentimientos difíciles cuando la persona con demencia lo inicie.
- Ayudar a la persona a encontrar un significado a pesar de la enfermedad y ayudar a centrarse no en las causas sino en encontrar un nuevo significado, nuevas conexiones y valores.

#### 7.1.6. El modelo de formación a cuidadores/as de Argentina

Finalmente, encontramos necesario introducir como ejemplo de buenas prácticas el trabajo que se está realizando en Argentina, con la formación a personas cuidadoras en el domicilio, porque, pese a que no es una formación destinada específicamente a cualificar a cuidadores/as en centros de larga estadía, desarrolla contenidos que pueden ser enfocados dentro de la capacitación de estos/as profesionales e incluye este tipo de centros como ámbito de realización de parte de las prácticas a desarrollar dentro de la formación.

En Argentina, el Ministerio de Desarrollo Social (MDS), a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF), es el encargado de desarrollar aquellas políticas públicas que acompañan y favorecen el envejecimiento poblacional en Argentina. Entre las acciones desarrolladas se destaca el **Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (PNCD)**, como una de las acciones más potentes a la hora de promover y respetar los derechos de las personas mayores y, en especial, de aquellas en situación de vulnerabilidad social o que requieren un apoyo calificado ante alguna dependencia. El mencionado programa, con el compromiso de lograr la mayor permanencia de las personas mayores en sus hogares el mayor tiempo posible y conveniente, forma cuidadores domiciliarios en todo el territorio nacional. Con una impronta federal, el PNCD llegó a todas las provincias argentinas generando un fuerte impulso educativo y laboral.

En los últimos años, se profundizó en el rol de los/as cuidadores/as domiciliarios por ejemplo con la inclusión de la figura del/la cuidador/a en el Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares (Ley 26844, que regula a personas internas y personal doméstico o de cuidados)<sup>50</sup>, que constituye un claro avance en el reconocimiento de los derechos de los/as trabajadores/as, proceso que deberá profundizarse en pos de la especificidad del rol y las funciones del cuidador domiciliario.

El curso, que se está desarrollando desde el 14 de febrero de 2022, tiene una duración de 4 meses y 338 horas totales de formación. Está dirigido a personas mayores de 18 años con educación primaria completa. Al completar el curso se obtiene la siguiente certificación: Habilidad para inscribirse en el Registro Nacional de Cuidadoras/es Domiciliarios.<sup>51</sup>

Este curso se plantea con el propósito de promover sistemas progresivos de atención con el fin de que las personas mayores envejecan en entornos saludables, dignos y deseables. Para ello, establece el siguiente objetivo general: promover la autonomía, la calidad en el cuidado y el bienestar integral de las personas mayores con algún grado de dependencia a través de la formación de recurso

<sup>50</sup> <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26844-210489/texto>

<sup>51</sup> Información extraída de web de Universidad de Chubut- <http://udc.edu.ar/cursos/curso-deformacion-de-cuidadores-domiciliarios-pto-madryn/>

humano calificado en la temática de la atención domiciliaria. A su vez, plantea como objetivos específicos, los que reproducimos a continuación:

- Formar recurso humano calificado para la atención domiciliaria desde una perspectiva integral basada en un paradigma de derechos.
- Incorporar conocimientos teórico-prácticos sobre la temática del cuidado y la atención domiciliaria basados en la perspectiva de la atención centrada en la persona.
- Desarrollar en las y los educandos las habilidades técnicas y sociales necesarias para el cuidado fomentando las buenas prácticas.
- Consolidar al cuidador en el ejercicio de su rol fortaleciendo su capacidad de autocuidado y la autovaloración.
- Brindar herramientas que permitan la organización de sistemas de empleo y de distintas modalidades de asociativismo y cooperativismo.
- Jerarquizar el rol del cuidador a través de la formalización de su tarea generando oportunidades de acceso a fuentes formales de trabajo.

La formación se realiza de manera presencial y virtual. Las clases presenciales se organizan de acuerdo con las particularidades de cada localidad, en dos días a la semana con 4 horas cada encuentro. A esto se le suma un trabajo de manera virtual de 7 horas a través de la **plataforma Classroom**. Allí se suben los materiales, videos y actividades que permiten complementar la formación y será un medio habitual de intercambio.

Los contenidos del curso se estructuran en 9 módulos que tienen los siguientes contenidos:

Módulo 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuadre de la capacitación. Conocer la dinámica del curso y realizar actividades de nivelación grupal.</li> <li>- Nuevos Paradigmas Gerontológicos. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.</li> <li>- Aspectos Sociodemográficos del Envejecimiento. Situación actual de la Población Mayor en la Argentina.</li> <li>- Aspectos generales sobre los cuidados y el rol del cuidador.</li> <li>- Aspectos socio históricos e incumbencias de la práctica. El cuidado formal e informal.</li> </ul>
Módulo 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Seguridad Social y las Personas Mayores</li> <li>- Las personas Mayores y su entorno social, económico y cultural</li> <li>- Las Personas Mayores y los prejuicios sociales</li> <li>- El apoyo social en la Vejez</li> <li>- La salud y la Atención Centrada en la Persona</li> </ul>
Módulo 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El/la Cuidador/a Domiciliario ante los diferentes escenarios convivenciales</li> <li>- Como mejorar la vida cotidiana</li> <li>- El juego y la recreación</li> <li>- Estrategias Educativas para Personas Mayores</li> </ul>
Módulo 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violencias, abusos y malos tratos en Personas Mayores</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados Domiciliarios, Género y Diversidad Sexual</li> <li>- Psicología de la Vejez</li> <li>- La salud y los cuidados gerontológicos</li> </ul>
Módulo 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situaciones que requieren cuidados de enfermería</li> <li>- Rehabilitación en Geriatría</li> <li>- Fragilidad, Discapacidad y dependencia en la Vejez</li> <li>- Accesibilidad al medio físico para las Personas Mayores</li> </ul>
Módulo 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fonoaudiología en la Vejez</li> <li>- Nutrición en la Vejez</li> <li>- El cuidado de la boca en las Personas Mayores</li> <li>- Los cuidados del pie</li> </ul>
Módulo 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los cuidados en el final de la vida</li> <li>- Cuando ya no es posible el cuidado en el hogar</li> <li>- El cuidado del Cuidador</li> <li>- Ética del/la cuidador/a Domiciliario</li> </ul>
Módulo 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia de trabajo cooperativo en Cuidados Domiciliarios</li> <li>- Derecho Laboral del Cuidador Domiciliario</li> <li>- Asociativismo y Cooperativismo</li> <li>- Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios</li> </ul>
Módulo 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integración de contenidos teórico-prácticos</li> </ul>

Las prácticas suponen un total de 148 horas y se deben realizar simultáneamente junto con las clases, debiendo comenzar con las mismas una vez finalizado el Módulo 1. El principal objetivo de las prácticas es que los/as estudiantes incorporen una mirada integral sobre la situación que atraviesa una persona determinada y puedan elaborar planes de cuidados acordes a sus necesidades.

Modalidad de práctica	Horas	Objetivos
Prácticas comunitarias	40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los estudiantes generen un primer contacto con la población mayor</li> <li>• Sensibilizar a la comunidad en general, y principalmente a la población mayor, respecto a la existencia y función del rol del cuidador/a en el domicilio</li> <li>• Generar insumos de formación respecto a la situación socioeconómica que atraviesa la población mayor en el radio de alcance del proyecto</li> <li>• Fortalecer la referencia de la institución conveniente con la población mayor que reside en el territorio</li> </ul>
Prácticas institucionales	28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar a los estudiantes una aproximación a la práctica del cuidado en diversos contextos institucionales (residencias de larga estadía, hospitales, centros de día, entre otros), a fin de experimentar el desempeño del rol en dichos marcos</li> </ul>
Prácticas domiciliarias	80	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una experiencia concreta en el desempeño de la tarea, la cual es inseparable de la experiencia formativa en sí, en tanto posibilita forjar el rol a la luz de una construcción teórica en permanente problematización.</li> </ul>

A su finalización, las personas han de poder desarrollar las siguientes tareas en función de los conocimientos construidos durante el desarrollo del curso de formación:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria
- Administración de medicamentos indicados por profesionales
- Preparación de alimentos
- Ingesta asistida
- Higiene y confort
- Autocuidado de la persona mayor
- Uso del tiempo libre, actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional
- Detección de barreras arquitectónicas. Adecuación de hábitat. Prevención de accidentes
- Prevención del síndrome de burnout

Para aprobar el curso se establecen los siguientes requisitos:

- 75% de asistencia a las clases áulicas
- 75% de asistencia a las prácticas en terreno
- 100% de aprobación de las evaluaciones establecidas en el Curso de Formación

Por otro lado, y en esta misma línea, cabe señalar que Argentina cuenta también con un marco de referencia para la formación profesional inicial de **Auxiliar en Cuidados Gerontológicos**, desde 2011,

cuando desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia junto al Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET) del Ministerio de Educación Nacional, aprobó la Resolución CFE N.º 149/11<sup>52</sup>. Esta formación de cuidadores/as en domicilio, vendría por lo tanto a aumentar las posibilidades de profesionalización de los cuidados formales.

## **7.2. Proyectos internacionales de buenas prácticas asociados a los modelos de atención en personas mayores**

Tal y como se ha comentado al inicio de este apartado de buenas prácticas a nivel internacional, parte de los proyectos de buenas prácticas seleccionados para este punto están relacionados con los modelos de atención a personas mayores o que necesitan algún tipo de cuidado. A continuación, se desarrollan dos de estos programas: el Butterfly Household Model Care, nacido en el Reino Unido y extendido a otros países como Canadá; y, por otro lado, se presenta un modelo de atención desarrollado en los centros de Zorgband Leie, en Bélgica, donde se impulsa la participación de las personas mayores en la vida de los CLE.

### **7.2.1. Butterfly Household Model of Care (Varios países)**

El modelo de cuidado familiar desarrollado por el Dr. David Sheard, director de Dementia Care Matters (DCM), una organización líder en el cambio de la cultura del cuidado de la demencia con sede en el Reino Unido ha crecido en el Reino Unido, Irlanda, Estados Unidos, Australia y, especialmente, en Canadá (Vogel, 2018). Este modelo proporciona un programa y una estrategia completos para el cuidado de personas vulnerables, tanto en residencias de mayores como en el hogar. El principal objetivo de este modelo es eliminar cualquier sensación de estar en una “institución”, sustituyendo todo por un ambiente lo más hogareño posible.

El Modelo Mariposa<sup>53</sup> se enfoca en brindar atención centrada en las emociones que conecta con las personas de una manera humana y digna. Aborda las necesidades holísticas de las personas y apoya la calidad de vida de cada persona que vive con una demencia a lo largo de toda su experiencia vivida, valorando la inteligencia emocional, la vida cotidiana y doméstica y la creencia central de que todas las personas que viven con demencia tienen una historia única que tiene significado y es importante. Se centra en crear un enfoque verdaderamente centrado en la persona donde las personas son libres de ser ellas mismas. Este proyecto se basa en la creencia de que para las personas que sufren de demencia, los sentimientos son lo más importante, que la inteligencia emocional es la competencia básica y que las personas que viven con demencia pueden prosperar en un entorno adecuado. Trata, además, de ayudar al personal a acceder al mundo interior de la persona a la que cuida.

Los centros que aplican este modelo se someten a un programa de formación de un año con el que se pretende instaurar un cambio de cultura. La implementación del modelo de cuidado del hogar mariposa como un programa de cambio cultural se basa en la apreciación y comprensión de las realidades organizacionales de cada hogar de cuidado individual, la historia, la cultura, la familia y las relaciones externas y comunitarias. Este programa capacita al personal de atención en el liderazgo a través de la inteligencia emocional. Además, guía y fomenta el liderazgo en el personal, las familias y

<sup>52</sup> Información disponible en: [Microsoft Word - RES 149.doc \(me.gov.ar\)](#)

<sup>53</sup> <https://bccare.ca/2018/01/implementing-butterfly-household-model-care-canada-lessons-learned-date/>

los cuidadores para que se centren en la persona y en las relaciones a través de metodologías establecidas, herramientas y talleres de capacitación para el personal. El liderazgo positivo y optimista y las conexiones diarias con las personas que viven en el Hogar de Mariposas, así como el cuidado y el afecto, tienen un gran impacto y son un factor clave para la implantación exitosa.

Este modelo busca alejarse estéticamente también de las residencias tradicionales y parecerse a un hogar, por lo que no hay uniformes, ni enfermerías, ni carros de medicamentos y el personal vive con los/as residentes. Es decir, todos/as forman parte del mismo grupo de personas que conviven en ese espacio y, por ejemplo, el equipo profesional se siente y come con los/as residentes. Los entornos de cuidado son como un hogar y todas las personas residentes tienen a su alcance todo aquello que consideren importante. Los hogares a menudo establecen pequeñas comunidades de personas en momentos similares del desarrollo de la demencia.

En la implantación del proyecto cobra especial relevancia la participación de la familia, con la que, a lo largo del primer año, se realizan reuniones periódicas para describir el modelo de atención del hogar mariposa, además de explicar los pasos y la progresión del proyecto para identificar los cambios que se anticipan y brindar oportunidades para que las familias conecten y tengan compañerismo entre sí en el progreso de la demencia. Otro aspecto clave para asegurar el éxito de la implantación del proyecto es el aprendizaje del personal.

Este programa de aprendizaje muestra al personal cómo aplicar todas las habilidades y competencias en un enfoque coherente de aprendizaje y desarrollo. El curso se aleja de la visión “tradicional” de la demencia y busca que los miembros consideren a las personas con demencia no como un grupo de terceros diferentes, sino como un “nosotros”, como un grupo de personas que comparte la vida día a día, como lo hacen las familias y amigos. Este enfoque enfatiza que mejorar la autoconciencia es el camino para estar centrado en la persona, que garantizar la calidad de vida de las personas es el eje central del aprendizaje y que transferir habilidades a la acción en equipo es la única evidencia real que importa.

La implantación de este modelo ha obtenido resultados satisfactorios en la calidad de vida de las personas residentes. Se ha llegado a observar un descenso en el número de caídas, en el uso de antipsicóticos y un aumento de los niveles de participación social.

### **7.2.2. Buenas prácticas en Bélgica: Impulso a la participación de las personas mayores en la vida de los CLE**

Tomando como base algunos estudios como el realizado por Villar, Celdrán, VilaMiraven y Serrat (2018) o el elaborado por McCabe y otros (2021), ambos ya mencionados en la revisión de la literatura realizada en el punto 3, que concluyeron por un lado, en el caso del elaborado por Villar y otros, que incluir a las personas mayores en las reuniones interdisciplinarias tenía un efecto positivo, especialmente en los equipos profesionales, ya que ayudaba a entender mejor a las personas con demencia y fomentaba el cuestionamiento de sus propias prácticas; y en el caso del elaborado por McCabe que cuando las personas mayores entran en un centro de larga estancia, se enfrentan a grandes retos, especialmente en relación con la independencia y su capacidad para influir en sus actividades de la vida diaria, se destaca un ejemplo de buenas prácticas en Bélgica asociado a la toma de decisiones y a las satisfacción de necesidades expresadas por las personas mayores.



Plus (93) et mee een tabel van de sollicitatiegesprekken, © Zorgband Leie en Schelde

Este ejemplo de buenas prácticas está en línea con la necesidad de adecuar la respuesta que se da desde los centros de larga estancia a las necesidades expresadas por parte de personas mayores que, cada vez más, reclaman formar parte del proceso de toma de decisiones sobre las cuestiones que les afectan en su vida diaria. Esto incluye decidir por quién quieren ser cuidados o apoyados.

En un intento de superar el modelo de atención residencial tradicional y sumarse a esta nueva visión, el centro de atención residencial de Lemberge, en Merelbeke (Bélgica) está poniendo en marcha, un nuevo modelo de atención, en el que los/as residentes también deciden por sí mismos lo que sucede en la mini-sociedad que es su centro de atención residencial.

El Zorgband Leie en Schelde, con centros de atención residencial en Merelbeke, Destelbergen, Laarne y Nazaret, está experimentando con un nuevo modelo en el que los y las residentes deciden lo que sucede en el centro de larga estadía. Desde el menú diario hasta las actividades e incluso las contrataciones y despidos del personal. "Queremos alentarlos a participar en la vejez y estar seguros de que están muy contentos de tener su opinión en el proceso de solicitud", dice Githa Praet, directora de la organización desde el cual, en un ejemplo de promoción de la participación de las personas, se intenta dar respuesta a nuevos perfiles de personas mayores, donde éstas quieren sentir que tiene control sobre sus vidas y sobre decisiones que impactan en ellas, como quién les presta los cuidados o apoyos que puedan precisar<sup>54</sup>.

### 7.3 Conclusiones

En primer lugar, una de las principales conclusiones a las que se puede llegar según la revisión realizada, es que, a nivel internacional, los proyectos apuestan por una **especialización en capacitación** de las personas que van a trabajar en el ámbito de las personas mayores. Esta especialización está asociada en gran medida al enfoque de ACP. Además, este hecho parece tiene especial beneficio, tanto para los/as profesionales como para las personas mayores, cuando el sistema formativo tiene un enfoque de cuidados desde niveles tempranos, como es el caso de Suecia.

En esta misma línea, asociados al respeto de las preferencias, a la historia y al proyecto de vida, tal y como marca el enfoque de la ACP, están cobrando un mayor protagonismo los modelos de

<sup>54</sup> Tomado de [Pío \(93\) elige qué solicitante puede trabajar en "su" residencia de ancianos en Lemberge | merelbeke | hln.be](#)

servicios que promueven la participación de las personas mayores y la inclusión de su entorno tanto en las tomas de decisiones como en la vida cotidiana. Se ha demostrado que la participación de las personas mayores en las tomas de decisiones cotidianas genera un beneficio tanto para las propias personas mayores como para el entorno, incluyendo personas cuidadoras profesionales o informales y familiares, tal y como demuestran el proyecto *Butterfly Household Model of Care* o el método implantado en la residencia Lemberge de Bélgica. Asimismo, la inclusión de las familias y las personas cuidadoras en la vida de las personas mayores se tiene que dar desde la coherencia y con el enfoque de lo cotidiano, por ejemplo, con actividades asociadas a la vida cotidiana, como comer todos/as juntos/as o tomar decisiones entre todos/as. Este aspecto facilita la promoción del sentimiento de hogar que es, en gran medida, uno de los principales objetivos que persiguen los modelos de atención a nivel internacional, especialmente en el ámbito residencial.

En segundo lugar, la mayoría de los proyectos de buenas prácticas analizados tienen muy presente las **demencias** a la hora de proponer material formativo específico, asociado a su vez a la **investigación**, como en el caso de Dinamarca con el Danish Dementia Research Centre, o enfocándose en el trato a las personas con demencia para fomentar la autonomía o favorecer la comunicación.

No obstante, se observan diferencias en el abordaje de las demencias en los diversos proyectos internacionales analizados. Algunos lo enfocan desde un punto de vista más neurológico, asociando, por tanto, la formación en esta área a las características cognitivas de las enfermedades neurodegenerativas. Mientras que otros, lo abordan desde un prisma más social, atendiendo a la heterogeneidad de las personas que presentan algún tipo de enfermedad neurodegenerativa, promoviendo, así, una intervención social que favorezca la calidad de vida de las personas. Si bien ambos enfoques son necesarios ya que, entender lo que supone a nivel neurológico el diagnóstico de una demencia facilita, por un lado, la prevención y el posible tratamiento y, por otra parte, también puede servir para ayudar a la propia persona y a su entorno a afrontar la situación, es fundamental no perder la perspectiva más social y humana y entender que ese diagnóstico no ha de convertirse en un todo que invisibilice a la persona. Desde el enfoque de ACP que se ha establecido como guía y orientación del sistema de cuidados, es de especial importancia partir del reconocimiento de cada persona como poseedora de una historia de vida y unas experiencias a partir de las cuales, sigue teniendo un proyecto de vida y unos intereses que, independientemente del diagnóstico y de la afectación que haya podido tener en ciertas capacidades, han de constituir la base desde la cual se ha de articular la atención y el cuidado. Solo desde esta visión más general y holística se puede garantizar que esa atención está centrada en la persona y responde a principios de trato digno.

En tercer lugar, todos los proyectos de buenas prácticas analizados que estaban asociados a un plan formativo han señalado, al igual que se ponía de relieve ya en la revisión de la literatura y en las currículas base recogidas en el punto 3 de este documento, la importancia del **aprendizaje en el puesto de trabajo** como fórmula más adecuada para garantizar que los contenidos de tipo más teórico son entrenados y así, interiorizados. Ese aprendizaje a través del modelaje y entrenamiento permite a quienes están formándose, reflexionar y experimentar cómo se trasladan los principios y conceptos claves de la ACP en el día a día de la atención directa a las personas. Todos apuestan, por lo tanto, por complementar la parte teórica con una parte **práctica**, siendo ésta en algunos casos, superior a la teórica, como es el caso del Proyecto de Innovación Social Begirada, desarrollado en la Comunidad

Autónoma del País Vasco (España), en el que de un total de 800h de formación, 500 se corresponden con la parte práctica.

Por último, cada vez tienen mayor presencia las herramientas del tipo **aplicaciones o plataformas online** para la divulgación y la transferencia del conocimiento. Varios de los proyectos analizados en este apartado, tienen asociadas este tipo de herramientas bien como estrategia de aprendizaje principal o como complemento a la formación. No cabe duda de que se trata de un aspecto que ya está viviendo un momento de gran desarrollo, en parte acrecentado por la pandemia por Covid-19, pero que aún ha de seguir creciendo ya que favorece y amplía las posibilidades de acceso a una gran diversidad de contenidos formativos a distintos perfiles de personas destinatarias; en algunos casos, personas cuidadoras con necesidades de ampliar su formación que no tienen posibilidades de compaginar formación y trabajo y en otros casos, como refuerzo o complemento también de contenidos trabajados en formatos de otro tipo.

## 8. Diseños curriculares

### 8.1 Metodología para el diseño curricular

Con objeto de conocer las necesidades formativas y las carencias competenciales de aquellas personas vinculadas a los cuidados, se realizó una investigación mixta en los tres países que forman parte de esta consultoría. Esta investigación se desarrolló en el marco de tres procesos:

1) Fase diagnóstica: su objetivo fue realizar un análisis documental. El equipo de consultoras internacionales hizo una revisión de la literatura, principalmente sobre la relevancia del modelo ACP, currículos y estrategias de formación existentes a nivel mundial, identificando ejemplos y experiencias de buenas prácticas. Los equipos nacionales, Colombia, Costa Rica y Uruguay revisaron la situación actual en cada uno de sus países, respecto al desarrollo de sus sistemas de cuidados, sistemas formativos, perfil de las personas cuidadoras, y currículos de formación existentes. Esta recolección de información permitió generar una mirada contextualizada y estructural, y conocer qué información era necesario indagar por medio de contacto con las fuentes primarias.

2) Estudio de necesidades: en esta etapa se usó un enfoque mixto secuencial explicativo con triangulación de datos concomitante. De este modo se puede estudiar el fenómeno por medio de varias estrategias. Se usaron herramientas de recolección de datos cuantitativos (encuestas) y cualitativos (entrevistas), con el objetivo de identificar similitudes, discrepancias o complementos entre ellos. El objetivo de la información cualitativa fue expandir y ampliar los resultados previos.

Se realizó un muestreo por conveniencia de todos los actores directamente relacionados con el sistema de cuidados. Los participantes fueron clasificados en cinco grupos: 1. tomadores de decisiones (personas gestoras encargadas de políticas públicas); 2. directoras o directores de centros de larga estadía o centros de día; 3. formadores de personas cuidadoras; 4. personas mayores; 5. personas cuidadoras.

El principio rector para determinar el tamaño de la muestra fue la saturación teórica que se alcanza cuando la recopilación de datos en curso ya no produce nueva información o percepciones (Ezzy, 2003).

Los miembros del equipo de investigación diseñaron cinco guías para las entrevistas semiestructuradas, una por cada grupo de participantes, compuestas por preguntas abiertas para la discusión. También se desarrolló una encuesta en Google Forms, teniendo en cuenta los resultados previos de la información cualitativa; ésta fue enviada principalmente a personas cuidadoras para conocer en más detalle sus necesidades en relación con la formación, capacidades y competencias a desarrollar en los currículos, lo que permitió cuantificar la necesidad y priorizar.

Antes de iniciar la recolección de información, todas las personas firmaron el consentimiento informado (escrito o verbal) explicitando la posibilidad de usar los datos recolectados en artículos o informes de carácter técnico y académico. Para salvaguardar la confidencialidad de los datos, las entrevistas fueron anónimas, codificadas y organizadas dependiendo del grupo al que pertenecían. Además, la información sólo fue leída por los investigadores. Las entrevistas y encuestas fueron aplicadas a personas que se encontraban en centros públicos, privados, de larga estadía y de día, y en lugares de zonas rurales y urbanas.



Para el análisis de la información, se tomaron los datos cuantitativos y cualitativos por separado, luego se realizó una sinergia y triangularon los hallazgos (Creswell et al., 2011).

Teniendo en cuenta el alcance del proyecto y de los ejes temáticos, se desarrolló un análisis descriptivo de los datos, iniciando con formas exploratorias para evaluar la distribución de las variables de estudio y tener un contexto general. Se inició con un proceso de lectura y relectura en el que se identificaron los temas generales respecto al contenido de la formación y aspectos metodológicos de estructuración de las currículas. Después se crearon las categorías inductivas y se pasó a la fase de comparación repetida; esto implicaba revisar los resultados obtenidos en la fase diagnóstica y revisar semejanzas o diferencias. Luego se creó un nuevo grupo con las categorías deductivas sintetizadas, que se codificaron en un programa de análisis cualitativo. El grupo investigador empezó la fase de consenso en la que se exponía el significado de los códigos para cada investigador, y se finalizó con la reducción de los datos. Con estos procesos se elaboró la ruta guía para los contenidos temáticos y los aspectos metodológicos.

Haciendo un breve recuento de resultados, las temáticas generales a partir de las cuales fue posible agrupar contenidos fueron: terapias no farmacológicas, cuidados al final de la vida, toma de decisiones compartidas, comunicación, habilidades relacionales, participación, entornos confortables, hábitos saludables, demencia, expresión artística, entrenamiento del personal en autocuidado. Después del proceso relatado anteriormente, estas temáticas se organizaron en cuatro grupos: 1) cuidados integrales desde el enfoque ACP; 2) la humanización de la atención, la comunicación y el acompañamiento al proyecto de vida; 3) perspectiva multidimensional del envejecimiento y la vejez 4) la atención a personas en situación de alta dependencia.

En relación con los aspectos metodológicos se determinó que los currículos debían estructurarse a partir de modelos híbridos de formación combinando instancias sincrónicas y asincrónicas, así como presenciales y a través de entornos virtuales de aprendizaje y educación en línea. También, que se debe priorizar la formación modular flexible, sobre todo para quienes ya están trabajando y que la evaluación por competencias, tanto formativa como acreditativa asegura la continuidad en los procesos y genera una mejor valoración integral.

En cuanto a los aspectos didácticos, las currículas han de apelar a un aprendizaje reflexivo, experiencial y práctico. Considerando que en los tres países se identificó bajo nivel educativo o discontinuidad en las trayectorias educativas de quienes cuidan, se hace imprescindible apelar a entornos de aprendizaje que promuevan el intercambio, el uso de soportes audiovisuales y la reflexión teórico-práctica sobre los métodos tradicionales de enseñanza. Esto implica priorizar la metodología basada en aprender en el puesto de trabajo, el intercambio con pares y permitir momentos de introspección que den espacios para la autoevaluación del desempeño, proceso que se debe dar por medio de supervisiones docentes. Finalmente destacar que en el relevamiento de los tres países se visualiza una gran variedad de perfiles profesionales y trayectorias docentes en los formadores de los cursos, lo que genera un desafío en relación a construir un enfoque común que transversalice los contenidos y competencias a desarrollar en las formaciones.

## 8.2 Trayectorias curriculares propuestas

En función del relevamiento realizado se ha decidido desarrollar cuatro trayectorias curriculares que se establecen a partir de cuatro perfiles de personas relacionadas a los cuidados, estos son<sup>55</sup>.

- 1) **Personas cuidadoras que trabajan en los centros**, ya que en los tres países analizados se identificó bajo nivel educativo en general y en particular en relación con los cuidados, pero interés y motivación por la formación. La currícula se organiza en módulos consecutivos que permiten acceder a una certificación respecto a su idoneidad para la tarea siguiendo los principios del enfoque de ACP. En este perfil hay que considerar, al momento de la metodología del proceso de enseñanza-aprendizaje, la heterogeneidad de los niveles formativos previos y la disponibilidad horaria para sostener los procesos, mediante una currícula flexible y escalonada, potenciando la práctica en el puesto de trabajo.
- 2) **Personas que a futuro podrían insertarse en el mercado laboral**, ya que como se refleja en la revisión internacional, será necesario en el mediano plazo contar con un importante número de personas cuidadoras en función de la creciente demanda, asociada a los cambios demográficos y de la estructura familiar. En tal sentido se hace necesaria la generación de trayectorias educativas atractivas para nuevas generaciones de personas cuidadoras ya que las generaciones más jóvenes muestran menos interés o proyección a futuro en relación con las tareas de cuidado, aspecto que se ha manifestado en las encuestas realizadas en los tres países. También es relevante considerar que, para cumplir con las regulaciones laborales vigentes en materia de cuidados, al momento de la búsqueda de empleo, ya cuenten con las competencias y la certificación correspondientes. El curso tendrá un enfoque técnico-profesional y una mayor carga horaria respecto al primer currículum. La estructura por módulos también se aplica en este caso, pero se amplía la currícula para integrar los contenidos del diseño curricular 3. Se plantea que tenga mayor presencialidad en aula en relación con el proceso de aprendizaje y un aumento significativo de horas prácticas y de supervisión con centros y referentes territoriales. Se entiende que para el acceso a este curso sería pertinente indicar un nivel mínimo educativo previo que de acuerdo con los tres países de la consultoría podría corresponder a Ciclo Básico, o el equivalente a 9 años de educación en el sistema educativo formal, aunque se trata de un aspecto a consensuar con los organismos correspondientes.
- 3) **Personas que ya hicieron o revalidaron la trayectoria 1 o profesionales de perfil técnico implicados en los cuidados que precisan profundizar en la atención integral de personas mayores en condición de alta dependencia** (neurodegenerativas, neurológicas, físicas, salud mental y diversidad funcional). Se trata de un curso más breve que los anteriores y con una modalidad que puede combinar instancias presenciales, virtuales sincrónicas y asincrónicas, siendo clave fortalecer el intercambio de experiencias entre participantes.
- 4) **Empleadores, administradores, coordinadores, profesionales y otros agentes relevantes**. En las revisiones surge del discurso de que en algunos casos hay cierto conocimiento en relación con el enfoque ACP, pero importantes dificultades para llevarlo a prácticas concretas cotidianas para poder avanzar en la implementación de este enfoque en los centros. Por ello, se integran en esta

---

<sup>55</sup> Las currículas desarrolladas íntegramente se encuentran recogidas en el documento “Programas de estudio y estrategias metodológicas”.

formación aspectos básicos de la ACP, promoción del envejecimiento activo, estrategias para el acompañamiento en la vida cotidiana y elementos para la implementación progresiva del enfoque en los centros, de forma que sea sustentable en el tiempo. Se considera clave aquí el establecer hojas de ruta y asesoramiento en formulación de proyectos que permitan avanzar en la implementación de la ACP y cumplir con las reglamentaciones vigentes.

### **8.3 Metodologías sugeridas para los Programas educativos**

Los planes de estudio propuestos se encuentran elaborados para personas que desean comenzar a desarrollar la labor de los cuidados o bien, actualizar sus conocimientos en ámbitos específicos del mismo, siendo una población heterogénea en edades, experiencias de vida y acceso a la educación.

Es por esto que además de las mallas curriculares, se proponen metodologías que orienten el quehacer docente hacia prácticas educativas que favorezcan a las personas estudiantes, la dosificación, progresividad y comprensión de los contenidos y que, a la vez, sean coherentes con el modelo propuesto de atención centrada en la persona.

Los cuatro planes de estudio se basan en el desarrollo de competencias, con módulos que se orientan hacia el desarrollo del perfil de egreso establecido para cada uno. El enfoque de atención sobre el cual se desarrollan los currículos, exige además que la formación se base en metodologías activas de aprendizaje, donde las personas estudiantes sean sujetos protagonistas de sus procesos de enseñanza-aprendizaje, lo que implica para los y las docentes o facilitadores, el establecimiento de una serie de actividades de mediación para cada módulo, haciendo énfasis en aquellas que contemplan ejercicios prácticos.

De esta forma se logrará llevar el discurso y enfoque epistemológico y metodológico al ejercicio laboral, contemplando al menos cuatro principios: 1) el respeto por la dignidad y voluntad intrínseca de la persona; 2) la perspectiva de derechos; 3) la humanización de la atención y la comunicación tanto en lo que hace al trato como en relación con los procedimientos; 4) la atención basada en la evidencia de buenas prácticas que garanticen cuidados de calidad.

Por su parte, la priorización de contenidos realizada, abarca una serie de conocimientos, habilidades y actitudes, conocidas actualmente como competencias, por lo que es importante realizar un breve resumen de lo que esto implica. Jacques Delors (UNESCO, 1989) establece los cuatro pilares en torno a los que debe estructurarse la educación, desde una visión integradora y humanista:

- *Aprender a conocer*: parte de un conocimiento general amplio con la posibilidad de contextualizar de acuerdo al contexto y los saberes requeridos.
- *Aprender a hacer*: implica no solo aprender contenidos o actitudes para el trabajo, conlleva la competencia de aprontar nuevas y numerosas situaciones. En ocasiones hacer de forma independiente y en otras por medio de trabajo en equipo.
- *Aprender a ser*: desarrollar la propia personalidad y actuar desde ahí con responsabilidad.
- *Aprender a vivir juntos*: desarrollar la comprensión del otro, estrategias de comunicación asertiva y respetuosas

En este sentido, las posibilidades de la aplicación de los principios de Delors van mucho más allá, donde se encuentran proyectos educativos que crean un clima de participación durante la clase, realizan

toma de decisiones y normas de convivencia conjuntas, así como la realización de actividades prácticas en la comunidad y el establecimiento de objetivos de aprendizaje concretos que responde a las necesidades individuales de cada estudiante. Esta mirada educativa se enfoca en la importancia de preparar a las personas aprendices para su desenvolvimiento y adaptación a la sociedad, tomando en cuenta que esta es cada vez más cambiante.

Educar, entonces, es distinto a instruir. Aprender a aprender (conocida también como *slow education*) es una competencia básica que conlleva que las personas estudiantes aprendan a desaprender, construyan nuevas definiciones, nuevos relacionamientos y nuevos aprendizajes. Implica que las personas estudiantes desarrollen las habilidades de autocrítica, observación e investigación. Estos cuatro pilares de la educación mencionados son premisas de aprendizaje que se encuentran contempladas dentro de los programas educativos elaborados, que además van en concordancia con políticas públicas de Uruguay, Costa Rica y Colombia que promueven la educación por competencias.

Las competencias son una combinación de conocimientos, habilidades prácticas, intereses, motivación, valores éticos, actitudes, emociones, que se movilizan conjuntamente y que permiten dar una respuesta frente a una situación dada, aunando el saber, saber-hacer y saber-ser, desde una perspectiva humanista y humanizadora de las relaciones. Esto requiere que la currícula a desarrollar de las posibilidades de que las competencias se construyan progresivamente, en base a experiencias que permitan procesos de enseñanza-aprendizaje desde paradigma actuales de la educación. La equidad es entonces lo más importante de la educación basada en competencias, esto entendido como dar a cada estudiante lo que necesita para llegar a su propia meta personal y comprenden lo que necesitan para aprender.

Los diferentes módulos se proyectan siguiendo la experiencia internacional, los nuevos paradigmas de educación y las necesidades educativas mencionadas por las personas cuidadoras como destinatarias de la formación. Los programas educativos implican una serie de módulos teórico-prácticos y de aprendizaje en servicio, que, si bien tienen énfasis en contenidos claves, se dictan desde un paradigma interdisciplinario e integrador.

A continuación, se muestra en el diagrama, diferentes estrategias pedagógicas para la mediación, con el fin de servir como insumo para que los y las formadoras de cuidadores y cuidadoras los utilicen en la aplicación de los programas de estudio:



Diagrama resumen: Metodologías activas de enseñanza. Elaboración propia a partir de Maina y Guardiola (2020)

El uso de **metodologías activas** permite que las personas estudiantes desarrollen sus aprendizajes siendo los protagonistas, desarrollando además de los contenidos planificados, habilidades como autonomía, la colaboración, resolución de problemas, autoaprendizaje, la autorregulación, pensamiento crítico y el trabajo en grupo, entre otros. Estas metodologías se encuentran muy relacionadas con la ACP, ya que posicionan a las personas estudiantes como centro de su propio aprendizaje, promoviendo la construcción de entornos educativos que se basan en retomar situaciones reales y cotidianas, lo que facilita la aplicabilidad en el campo laboral de cada estudiante. Promueven además la motivación y la adquisición de aprendizajes significativos en cuidadores y cuidadoras y según se ha mencionado en varios apartados de este documento, son las estrategias que más y mejores resultados generan en las personas que han recibido los cursos de cuidados.

Entre los objetivos de esta metodología de enseñanza activa, que cuenta con numerosas evidencias científicas que avalan la mejora que producen en la calidad de la enseñanza, se señalan los siguientes (Exley y Dennick, 2007):

- Desarrollar capacidades intelectuales y profesionales (reflexión, análisis, síntesis, razonamiento, evaluación, etc.).

- Desarrollar destrezas de comunicación (escuchar, preguntar, identificar necesidades, saber acompañar, negociar, etc.).
- Conocer y desarrollar valores y actitudes, autoestima y autoconfianza, responsabilidad.
- Apoyar la autonomía personal: aceptar su responsabilidad con respecto al progreso y la dirección de su aprendizaje.
- Desarrollar las destrezas de trabajo en grupo y trabajo colaborativo: planificación, organización, prestación de apoyo, distribución de tareas, supervisión del progreso.

Desarrollar la práctica reflexiva: aprender de sus éxitos y fracasos y así desarrollar sus destrezas y comprensión y planear el aprendizaje futuro.

Desde esta perspectiva de enseñanza activa, proponemos a continuación diversas metodologías, complementarias entre sí, que son referentes para facilitar el aprendizaje competencial desde la perspectiva de los diversos enfoques multidisciplinares y competenciales:

- Aprendizaje basado en: Retos, Problemas (PBL), proyectos, estudio del caso, simulaciones.
- Aprendizaje colaborativo y cooperativo
- REAL LIFE –(modelo INNOOMNIA) Centro de Innovación de la FP de Finlandia
- El aprendizaje basado en el pensamiento, Thinking-Based Learning (TBL)
- Classroom o aula invertida para desarrollar competencias digitales y como recurso complementario que facilita el aprendizaje activo.

Esta apuesta a la transformación metodológica, busca promover el cambio de un aprendizaje memorístico y pasivo a uno más interactivo y constructivista, visualizando a la persona docente o mediadora como un guía y facilitador de los aprendizajes, lo cual se alinea perfectamente al enfoque ACP.

Estas metodologías pueden complementarse o adaptarse a entornos virtuales como las plataformas gamificadas, pizarras colaborativas, blogs, talleres colaborativos, coevaluaciones, entre otros. Así como la implementación en el aula de estrategias de aprendizaje vivencial y experiencial donde los aprendizajes parten de la vivencia corporal y el posterior análisis, como por ejemplo, en los contenidos relacionados al autocuidado. Otras estrategias que se sugieren son las dinámicas participativas de la educación popular y educación de adultos.

El cambio de enfoques y paradigmas conlleva necesariamente a un cambio en las teorías y prácticas pedagógicas, por lo que en este caso, se sugiere además un **enfoque reflexivo** donde se priorice la construcción de aprendizaje significativo a partir de experiencias previas (Gómez et al., 2017), la interacción de conceptos preexistentes con los nuevos, y la asignación de significado a lo aprendido. Esto se puede ver por ejemplo en el análisis reflexivo de problemas, interrogantes sobre los contextos de cuidado donde se encuentra la persona estudiante, narrativa de situaciones que acontecen en los centros, explorar referencias bibliográficas o videos relacionados con lo que se está estudiando, escribir mini historias entre otros.

Gómez et. al. (2017, p. 139) demuestra algunos aportes de las neurociencias y más reciente la neuroeducación donde se plantea la plasticidad cerebral y por tanto que aprendemos a lo largo de la vida y las implicaciones que las emociones tienen en el aprendizaje. Por tanto, desde el aprendizaje significativo

se plantea una secuencia de aprendizaje donde se contemple la emoción, atención, percepción y memoria, por lo que las personas que facilitan los cursos del programa deben ser egresadas de su campo de estudios, pero se sugiere que tengan conocimientos previos en pedagogías.

Dentro de la revisión bibliográfica realizada se encontraron estrategias pedagógicas sugeridas para la mediación desde el enfoque ACP y el aprendizaje activo, las cuales se visualizan en el siguiente esquema- resumen:



Fuente, elaboración propia basados en Ahmed et al.,2013

Aguado et. al. (2018) acuñan el término Pedagogías del cuidado, donde las metodologías utilizadas parten de la realidad de las personas estudiantes y enseñan a aprender a aprender, usando el diálogo como método privilegiado. Estas metodologías promueven la criticidad de las personas estudiantes, así como la expresión y desarrollo de afectos y sentimientos, por tanto, la integralidad de los y las estudiantes. Esta perspectiva conlleva además a la construcción y puesta en práctica de currículas y metodologías estructuradas y a la vez flexibles y pertinentes.

Las pedagogías planteadas tienen muchos puntos de encuentro, por lo que la propuesta es que las personas facilitadoras decidan de acuerdo al programa educativo, grupo asignado y contexto, cuales estrategias son más viables. La particularidad de que las personas estudiantes tomen su conocimiento y lo apliquen a diferentes situaciones nos abre el portillo para conversar de la evaluación, la cual se contempla como una evaluación formativa y acreditativa continua en base a los resultados de aprendizaje que transversalizan la propuesta y se reflejan en cada módulo. El seguimiento de los objetivos de

aprendizaje se puede hacer mediante listas de cotejo, por ejemplo, o cualquier otra herramienta pedagógica que se determine.

De acuerdo al módulo se puede hacer más énfasis en la evaluación de procesos y reflexión de aprendizajes y en otros sin dejar esto de lado se hará especial hincapié en la acreditación de competencias que permitan la aplicación de protocolos sobre la base de criterios de calidad, idoneidad y control del riesgo.

La evaluación formativa permite además a la persona docente, personalizar la enseñanza y determinar dónde se encuentra cada estudiante en su proceso de aprendizaje, para de acuerdo a esto, ajustar la estrategia de enseñanza, e identificar las áreas clave para mejorar.

En cuanto a las prácticas laborales, se apela a la figura del docente supervisor. En este formato quien ejerza la docencia puede estar presente junto al estudiante en forma sincrónica, como se dará en el aula o en el centro de práctica, pero también se podrá apelar a un acompañamiento asincrónico por medio de tutorías y grupos de discusión donde repensar y planificar los abordajes, analizando tanto los logros como las dificultades encontradas.

A partir de la consulta se determinó la posibilidad de que los programas se puedan estructurar a partir de modelos híbridos de formación combinando instancias sincrónicas y asincrónicas, así como presenciales y a través de entornos virtuales de aprendizaje y educación en línea. También, que se debe priorizar la formación modular flexible, sobre todo para quienes ya están trabajando y que la evaluación por competencias, tanto formativa como acreditativa asegura la continuidad en los procesos y genera una mejor valoración integral.

En resumen, algunas de las estrategias que pueden ser utilizadas por mediadores y mediadoras son: estudio de casos, reflexión con pares, uso de imágenes explicativas (siempre cuidando aspectos de nitidez, contraste y tamaño), ofrecer instrucciones claras y secuenciadas, mencionar los objetivos y establecer plazos de culminación de tareas, a la vez que se establece una rúbrica de valoración de la asignación.

También el utilizar recursos que operen como estímulos multisensoriales, enviando material que sirva para reforzar los conocimientos o repasar, por ejemplo, guías, libros, audiolibros. Realizar ejercicios de análisis de tareas: Portafolios, estudios de caso, proyectos, reportes, mapas mentales, diarios, debate, ensayos, técnica de la pregunta, exposición oral, entre otros. Experimentar desde dinámicas lúdico-corporales, vivenciales, de manejo de dinámicas de grupo y de adaptación de técnicas de relajación entre otras.

Así pues, sirvan estas orientaciones metodológicas para que los formadores puedan utilizarlas y combinarlas como mejor proceda en cada momento, contenido y ejercicio, recordando siempre el espíritu a través del cual han sido planteadas, que no es otro que, en coherencia con el enfoque ACP, formar cuidadores con habilidades técnicas, sociales y relacionales esenciales para cuidar y que tengan capacidad crítica, iniciativa y proactividad suficiente para velar por los derechos de las personas y promover actuaciones que permitan a las personas dar continuidad a su proyecto vital, procurando un día a día con sentido y bienestar.



## 9. Conclusiones y recomendaciones

El presente documento busca ser un aporte para la comprensión de los desafíos que enfrentan los diferentes países en relación a la formación y profesionalización de quienes ejercen tareas de cuidado, así como también dar cuenta de los avances tanto a nivel de Latinoamérica y el Caribe como internacionalmente, a partir de la experiencia europea principalmente, en relación a la diagramación y puesta en práctica de currículums formativos que promuevan la realización de prácticas de cuidado desde un enfoque de atención centrada en la persona.

La realidad de Colombia, Costa Rica y Uruguay en relación con el desarrollo de sus Sistemas de Cuidado, marco regulatorio y estrategias formativas es dispar, aunque en todos los casos la Convención Interamericana de los derechos de las Personas Mayores aparece como un marco normativo sólido a partir del cual se están orientando las políticas de atención de esta población. Asimismo, el enfoque de atención centrado en la persona es un elemento presente a nivel normativo en los países y comienzan a concretarse iniciativas y políticas públicas orientadas desde este enfoque. En las entrevistas realizadas a diferentes agentes vinculados al cuidado la perspectiva de derechos, de género, de promoción de la autonomía, universalidad, de equidad, y dignidad, aparecen mencionados dentro de lo que se considera un enfoque epistemológico del cuidar alineado con el modelo de atención centrado en la persona.

Asimismo, surgen desafíos asociados a las particularidades territoriales de los tres países, las dificultades para concretar en prácticas de cuidado cotidiano desde el modelo ACP que, como se mencionó, se tiene como horizonte de sentido y una mayor accesibilidad a propuestas formativas en cuidados reconocidas social e institucionalmente.

Del análisis de la situación formativa y del perfil de quienes cuidan en los tres países, más los aportes de la revisión internacional, se destacan algunos aspectos transversales que fueron considerados al momento de proyectar los formatos básicos de los currículums presentados.

En primer lugar, se identificó interés y motivación por la formación de la mayoría de quienes ejercen actualmente tareas de cuidado, señalando este colectivo desconocimiento de muchos aspectos centrales del trato con personas mayores y la necesidad de formarse tanto en competencias técnicas de cuidado sanitario, como en habilidades relacionales, de promoción del envejecimiento saludable y de autocuidado. También se visualizó dificultades para poder sostener procesos formativos que impliquen una importante carga horaria por fuera del ámbito laboral, considerando la feminización de los cuidados, y la doble y hasta triple tarea de cuidado formal e informal que muchas de las personas cuidadoras realizan. Las estrategias de autocuidado y las terapias no farmacológicas surgen como temáticas emergentes en todas las poblaciones consultadas.

**En consecuencia, se estableció que uno de los currículums sea una formación básica orientada a aquellas personas que están actualmente trabajando en el marco de los CLE o Centros de día,** con una modalidad híbrida, con instancias presenciales o a través de plataformas virtuales y con prácticas basadas en el modelaje en el puesto de trabajo o learning by doing, aspecto que se destaca como utilizado, viable y exitoso a nivel internacional.

En el entendido de que la formación tiene que ser escalonada, aspecto señalado en todos los países por los agentes relevados, y que ha de contemplar trayectorias educativas particulares se

plantea una estructura en 8 módulos consecutivos que pueden ser cursados y aprobados de forma independiente.

**Una segunda currícula responde a la necesidad, compartida por los tres países y por la revisión internacional, de formar nuevas generaciones de personas cuidadoras que, al momento de insertarse en el mercado laboral, ya cuenten con las competencias y certificación correspondientes.** Dicha currícula, similar en su estructura base a la propuesta para quienes ya se encuentran realizando la tarea, se plantea que tenga una mayor carga horaria que permite profundizar en los contenidos, mayor presencialidad en relación con el proceso de aprendizaje y un aumento significativo de horas prácticas con centros y referentes territoriales que funcionen como modelos de buenas prácticas de cuidado y que apliquen activamente el modelo ACP. Apunta a formar un o una profesional de cuidados orientados a personas mayores con independencia del ámbito de inserción profesional a futuro.

**Siguiendo la lógica de escalonamiento y perfeccionamiento profesional, destacada en la revisión internacional y avalada por los referentes nacionales, es que se plantea una tercera currícula que contemple una profundización en la atención de personas mayores con alto nivel de dependencia** asociado a patologías como enfermedades neurodegenerativas, en particular demencia, neurológicas o psicopatología. En la revisión de cada país la alta dependencia y en particular las personas que cursan demencia o tienen movilidad reducida, surgen como un área de interés y como un desafío en relación con la atención, asociándose la falta de conocimientos y habilidades en tal sentido con un mayor riesgo de sobrecarga de quien cuida. En la revisión internacional se mencionan varios ejemplos de buenas prácticas asociadas al cuidado de personas que cursan demencia, que ofician de antecedentes de valor para organizar esta currícula desde el enfoque de ACP y las prácticas basadas en evidencia.

**La cuarta trayectoria curricular responde a la necesidad de que el enfoque de ACP no sea solo interiorizado por quienes cuidan en contacto directo, sino también a nivel de los tomadores de decisiones, en particular los dueños gestores de los CLE o Centros de día, así como los profesionales que trabajan en dichos lugares y quienes realizan tareas de contralor.**

Se entiende fundamental su formación desde el enfoque de ACP por dos motivos: el primero vinculado a que las decisiones institucionales pasan fundamentalmente por ellos/as y en consecuencia que una institución aplique efectivamente el enfoque implica que quienes establecen los lineamientos de funcionamiento, contratación y organización del centro lo conozcan y se lo apropien. En las revisiones nacionales surge del discurso que hay conocimiento en relación con dicho modelo, pero importantes dificultades para llevarlo a prácticas concretas cotidianas. En segundo lugar, el poder instalar el modelo, replicar buenas prácticas de cuidado en los centros, como el modelo mariposa o de participación de las personas mayores en la toma de decisiones que aparecen en la revisión internacional, permitiría que estos puedan oficiar a la vez de modelos de las nuevas generaciones de cuidadores/as, generando una mayor articulación territorial, sobre todo en aquellos contextos de más difícil acceso.

En las currículas diseñadas y considerando el análisis tanto internacional como nacional se han contemplado una importante cantidad de contenidos. En el caso de la revisión internacional, desde la literatura analizada, se destaca la necesidad de capacitar tanto en principios generales del marco ACP, como en categorías concretas de este enfoque, como son entre otras, las habilidades relacionales, la

atención a la historia de vida de la persona mayor, el manejo de conductas complejas, vinculadas a necesidades no cubiertas, la comunicación, la participación de la persona mayor en su proyecto de vida y toma de decisiones, la atención y comunicación con la familia o la importancia de trabajar la personalización de los espacios para hacer de los centros lo más parecido a un entorno hogareño. Además, destacan también las categorías de atención a las personas con demencia y sus familias y la vinculada más directamente al cuidado y observancia de las necesidades de la persona cuidadora para evitar el síndrome del quemado o burnout y contribuir así a la estabilización de los equipos de atención. En este mismo marco internacional, desde la revisión de las currículas de referencia se prioriza también el bienestar físico y emocional de la persona atendida, la atención a sus condiciones de salud entendidas de manera amplia y desde la propia persona, la capacidad funcional, higiene de la persona y del entorno, o la estimulación cotidiana, autocuidado, la estimulación por medio de actividades significativas para la persona, administración de medicamentos, cuidados paliativos y la atención al final de la vida. De las revisiones nacionales se pudieron construir 14 categorías de contenidos que abarcan temas como bases biopsicosociales del envejecimiento y vejez, abordajes no farmacológicos, humanización del cuidado, primeros auxilios, cuidados fisiológicos y atención frente a diversas patologías, corresponsabilidad en el cuidado incluyendo estrategias para el trabajo con familias, autocuidado de quien cuida, aspectos éticos y normativos del cuidado, abordaje de patologías neurodegenerativas.

A modo de síntesis partir de este análisis y desde el enfoque ACP surge la necesidad de que los cursos incluyan una profunda y permanente **reflexión ética respecto de las prácticas de cuidado cotidianas en cada contexto, de forma de llevar el discurso al ejercicio laboral, contemplando al menos cuatro aspectos: el respeto por la dignidad y voluntad intrínseca de la persona, la perspectiva de derechos, la humanización de la atención tanto en lo que hace al trato como en relación con los procedimientos, y las prácticas de atención basadas en la evidencia que garanticen cuidados de calidad.**

Para garantizar la viabilidad de las trayectorias educativas propuestas se aportan a continuación una serie de **recomendaciones** a saber:

1. **Ajustar y acordar un perfil de egreso claramente delimitado** para quienes se forman en cuidados de personas mayores, que contemple el marco epistemológico del modelo ACP, se ajuste a la realidad de las instituciones donde se da la inserción laboral y propicie cambios del modelo de atención tradicional que actualmente predomina. La intención es construir una identidad profesional específica para este colectivo, que pueda ser promovida y exigida para el ejercicio laboral garantizando así los derechos tanto de quienes reciben como prestan cuidados. Esto requiere un trabajo de coordinación y acuerdo interinstitucional futuro que puede tomar como base las experiencias previas de cada país, los antecedentes internacionales y lo que se propone en el marco de esta consultoría.

2. Teniendo en cuenta que las currículas propuestas han sido consensuadas entre los tres países **se recomienda pilotar cada currícula previo a su implementación como política formativa en cuidados**, de forma de poder hacer los ajustes pertinentes en lo que hace a contenidos y competencias a las necesidades específicas de cada contexto.

3. **Orientar la capacitación técnica apelando a transmitir prácticas aplicables en la vida cotidiana, que permitan identificar y modificar modos de hacer no acordes a los principios de la Atención**

**Centrada en la persona.** Para ello se recomienda fortalecer los conceptos y establecer lenguajes comunes propios del enfoque ACP.

4. Garantizar la accesibilidad a las propuestas formativas en diferentes territorios y ámbitos sociales, para minimizar las brechas existentes entre las zonas rurales y urbanas.

5. **Fortalecer las habilidades comunicacionales de quienes cuidan atendiendo personas mayores**, de forma que puedan relacionarse en su lengua de preferencia, incluida el lenguaje de señas, y/o desarrollen estrategias que permitan la construcción de recursos para el acceso al intercambio, adaptándose a la heterogeneidad funcional de dichas personas.

6. **Facilitar la formación en un segundo idioma, preferentemente inglés, para aquellos que cursan la 4ta trayectoria curricular** y para los formadores, ya que se trata de perfiles de población que es necesario estén al día con las últimas evidencias en relación al enfoque ACP y buenas prácticas de cuidado.

7. **Respecto a las cargas horarias curriculares** se sugiere en estas currículas el equilibrar la carga horaria vinculada a cuidados sanitario o de higiene-confort y la relacionadas a aspectos vinculares, humanización del cuidado, gestión del tiempo y de promoción de proyectos de vida en la vejez, todos elementos que responden al modelo ACP. Se entiende que las técnicas instrumentales en muchos casos son competencias que las cuidadoras ya poseen pero que es necesario tanto una actualización profesional al respecto como el introducir modificaciones tendientes al buen trato e incorporar los principios de la ACP. También es de destacar la importancia de incluir contenidos que permitan deconstruir una visión estereotipada de las vejeces, el enfoque de derechos y estrategias para el desarrollo de intervenciones centradas en la persona y su proyecto vital, de forma tal de que la vida cotidiana de las personas mayores con las que se trabaja adquiera nuevos significados.

8. **Tender a modelos híbridos de formación** que, respetando la preferencia de presencialidad en la formación planteada por quienes cuidan, hagan sostenible la capacitación para aquellas cuidadoras que tienen menos accesibilidad a los principales centros poblados de cada país, pero también para quienes tiene dificultades para conciliar tiempo laborales, formativos y familiares. En tal sentido se recomienda capacitar de forma anticipada a quienes pretendan realizar el curso **en el uso de entornos virtuales de aprendizaje y plataformas sincrónicas virtuales**. La formación en tecnología de la comunicación e información más allá de las necesidades formativas es una demanda de quienes cuidan para poder sostener los vínculos a distancia con las personas mayores o promover mayor contacto con las familias cuando por diferentes motivos no es posible la presencialidad.

9. Respecto a **la modalidad y duración de los cursos se recomienda implementar tres criterios en función de las currículas presentadas**: una para futuros trabajadores que se ofrezca desde un enfoque técnico-profesional con una currícula organizada en módulos consecutivos que permitan acceder a la certificación que cada país determine en función de la estructura del sistema educativo.

Una segunda formación orientada a quienes ya se encuentran trabajando, con módulos de corta duración, acumulativos pero flexibles que le permitan a quien cuida establecer su propio ritmo formativo. Para esta trayectoria la sugerencia es apelar al mapeo de cursos ya existentes para optimizar recursos formativos y operativos brindados tanto por el Estado como por instituciones con y sin fines de lucro.

Una tercera vía para gestores, dueños y otros agentes relevantes como ser auditores de centros o profesionales que allí trabajan, que sea fundamentalmente virtual, con encuentros presenciales puntuales

cuya finalidad radica en que el proceso de instalación del modelo ACP pueda ser consensuado por las instituciones a través de la formación de grupos operativos de intercambio a lo largo de la formación pero que una vez finalizada se mantengan en el tiempo fortaleciendo los lazos interinstitucionales. De esta forma el compartir soluciones colectivas a los desafíos de la instalación del modelo o buenas prácticas implementadas podría atenuar la gran heterogeneidad en la calidad y enfoque del servicio que actualmente se presta.

10. A todo nivel se considera que es necesario **augmentar la carga horaria de prácticas** de quienes cuidan o se forman para ingresar al mercado laboral. Para llegar a eso será necesario en primer lugar generar una masa crítica tanto de centros como de cuidadores/as que tengan integrado el modelo ACP en sus prácticas cotidianas de cuidado. En consecuencia, se plantea la posibilidad de que las currículas tengan una carga horaria de prácticas en centros aplicando la estrategia de aprendizaje learning by doing, que se complementa con horas de supervisión de prácticas asincrónicas con docentes especializados en ACP que puedan acompañar y orientar el proceso y asegurar el cumplimiento de una serie de tareas acordes a los principios ACP.

11. El modelo ACP exige que la formación y por ende el staff docente promueva la interdisciplinariedad, por lo que **se sugiere implementar talleres de formación previos para quienes dictan los cursos. Dicha formación deberá jerarquizar temáticas vinculadas a los principios y fundamentos de la ACP de forma tal que cualquier contenido específico a brindar esté atravesado por dicho enfoque. También es necesario formar en competencias docentes**, fundamentalmente planificación por competencias, estrategias didácticas y evaluación acreditativa y formativa, considerando que la población destinataria se caracteriza por una trayectoria educativa acotada y todos los entrevistados señalan que es clave una educación que promueva la participación y anclaje en la práctica. Respecto a la evaluación es fundamental que trascienda si carácter de requisito formal y se centre en garantizar la **idoneidad profesional de quien se forma, considerando aspectos formativos y acreditativos.**

12. **Establecer un repositorio virtual de recursos teóricos, técnicos y audiovisuales accesibles a través de plataforma virtual** que se actualice en función de la nueva evidencia en relación con los cuidados desde la ACP. Se entiende que hay bibliografía y guías técnicas de valor ya disponibles y que sería adecuado que formen parte del material de consulta de los diferentes planes de estudio. Ejemplos de esto son las Guías de capacitación para técnicos de Centros de Referencia para el Envejecimiento Activo promovidas por Fundación Astur, los Cuadernos prácticos del Modelo de Atención Centrado en la Persona y la Guía Ruta del Buen Trato del Instituto Matia, o la importante biblioteca virtual que hay a nivel de los organismos gubernamentales de cada país.

13. **Además de continuar los procesos de capacitación, se sugiere la conformación de grupos de supervisión**, coordinados por un moderador especialista en aspectos gerontológicos y ACP, donde cada persona cuidadora pueda compartir vivencias, dificultades, avances, analizando conductas propias, contrastando con las de otros. Este espacio de experiencias compartidas, podría ser medio para modificar prácticas alejadas de los principios ACP así como para conocer e integrar ideas asociadas al modelo posibles de ser aplicadas en su entorno laboral. Se sugiere que dichos grupos se comiencen a consolidar a lo largo de las capacitaciones de forma de generar encuadres que sean sostenibles en el tiempo.

14. **Aplicar previo al inicio de cursos, para CV1 y CV3 al finalizar y en un seguimiento a 6 meses un protocolo y escalas que permitan conocer el grado de satisfacción y salud psicofísica del personal**, permitiendo así detectar de forma oportuna casos que requieran ayuda profesional específica, que permite minimizar el riesgo de estrés laboral y prácticas que atenten contra la salud de las personas mayores. En consecuencia se hace necesario que exista desde el organismo competente un equipo que pueda dar respuesta y sostén al aparecer estas situaciones, lo que permitiría disminuir el ausentismo, rotación laboral, o los casos de maltrato y/o negligencia. La valoración inicial es un recurso de valor para conocer las características del grupo y ajustar la planificación curricular a las necesidades específicas de quienes realicen la formación. El seguimiento de la evaluación al finalizar el curso permitiría evaluar el impacto de la formación en las habilidades de quienes cuidan, o van a hacerlo, tanto para el cuidado como para el autocuidado, así como la modificación de la percepción social de la vejez y las prácticas que esto implica.

15. Las currículas propuestas se orientan a trabajadores formales de cuidados a nivel institucional, pero **se hace necesario proyectar en el corto plazo formaciones orientadas a quienes realizan tareas de cuidados domiciliarios con personas mayores**. Se entiende que muchos de los contenidos de la primera y tercera currícula se aplican a dicho contexto, siendo clave el ajuste en aquellos referidos a la intervención en lo referido a entornos hogareños, comunicación con la familia, redes comunitarias y roles sociales. Si bien se entiende que estos cursos se dirigen a personas que se encuentran realizando tareas de cuidado de forma profesional, sería beneficioso extender la posibilidad de la cursada a aquellos que prestan cuidados informales en el entorno familiar.

16. **Instar a los centros de larga estadía y centros de día a convertirse en escenarios de producción de conocimiento** sobre la implementación del Modelo ACP y, de esta forma, servir como guía para otros países de la región. En tal sentido se sugiere evaluar la percepción de las personas mayores y sus entornos tras la implantación del modelo y las nuevas prácticas de cuidado que este conlleva.

Para lograr el desarrollo de las propuestas curriculares se hace imprescindible una importante articulación interinstitucional que permita hacer sinergia a los recursos, tanto económicos, locativos como humanos ya existentes en todos los países en el marco de los Sistemas de Cuidados. Los acuerdos entre Estado, Sociedad Civil, Mercado y Familias se tornan claves para generar condiciones que permitan, a quienes estén interesados en realizar las formaciones, sostenerlas en el tiempo y acceder a certificaciones que legitimen y reconozcan la trayectoria educativa. Esto es condición para el desarrollo de un perfil específico de profesionalización como es el de persona cuidadora de personas adultas mayores.

La complejidad del rol de la persona cuidadora requiere de una formación en diferentes campos del conocimiento y del desarrollo de actitudes, pero también de asignarle valor, visibilidad y relevancia social a su labor. Generalizar que el cuidado corresponde al ser humano y no se trata de una tarea femenina asignada, implica asumir que es tanto un derecho como un deber de la comunidad en su conjunto, y que como tal las prácticas de cuidado implican mutualidad.

Cuidar implica necesariamente una opción ética de todas las partes, incluidos los gobiernos que deben ser los primeros en cuidar a sus cuidadores y cuidadoras. Colaborar en la construcción de relaciones laborales y sociales de calidad y solidarias, posibilitar el desarrollo personal y profesional e incentivar la

participación en formaciones que permitan descubrir y alimentar la vocación personal, son el horizonte de sentido de las propuestas curriculares presentadas en este informe.

## 10. Referencias bibliográficas

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *The SENATOR-OnTop series. BMJ open*, 7(3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Acosta, E. Picasso, F. y Perrotta, V. (2018). *Cuidados en la vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay*. Konrad Adenauer.
- Aguirre, R. (2013). *Personas ocupadas en el sector cuidados*. Universidad de la República. <https://www.gub.uy/sistemacuidados/sites/sistemacuidados/files/documentos/publicaciones/Personas%20ocupadas%20en%20el%20sector%20cuidados%202013.pdf>
- Al Sabei, S. D., Labrague, L. J., Miner Ross, A., Karkada, S., Albashayreh, A., Al Masroori, F., & Al Hashmi, N. (2020). Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(1), 95-104. <https://doi.org/10.1111/JNU.12528>
- Alba, J., Camilo, J., Beltrán, A., Deluque, N., Rivas, Ch., y Santiago, D. (2017). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en hogares geriátricos de Bogotá D.C. y municipios de Cajicá y Tenjo en segundo periodo 2017*. (Trabajo de grado, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Bogotá). <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/835>
- Alvarado-García, A., Lamprea-Reyes, L., Murcia-Tabares, K., Alvarado-García, A., LampreaReyes, L., y Murcia-Tabares, K. (2017). La nutrición en el adulto mayor: Una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 14(3), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.003>
- Aranco, N. Stampini, M. Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Resumen de Políticas N° IDB- PB-273. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Arango, V. (2006). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia*. Saldarriaga Concha.
- Astorquiza, A. y Chingal, O. (2019). ¿Cómo están nuestros ancianos? *Revista de la CEPAL No. 129*, 139-161. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45010-como-están-nuestros-ancianos-exploracion-empirica-la-calidad-vida-adulto-mayor>



- Ausubel D (2000). *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Plátano Edicoes Técnicas.
- Baillie, L., & Thomas, N. (2020). Personal information documents for people with dementia: Healthcare staff 's perceptions and experiences. *Dementia (London, England)*, 19(3), 574-589. <https://doi.org/10.1177/1471301218778907>
- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M., & Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLOS Medicine*, 15(2), e1002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
- Banco de Previsión Social (2013a). Encuesta Longitudinal de Protección Social: presentación y primeros tabulados ronda 2012-2013. <https://www.elps.org.uy/elps/file/1120/1/encuesta-longitudinal-de-proteccion-social-presentacion-y-primeros-tabulados-ronda-1-2012-2013.pdf>
- Banco de Previsión Social (26 de febrero, 2013b). *Formación de cuidadores/as de personas adultas mayores o con discapacidad y curso de formación de formadores en Melo*. <https://www.bps.gub.uy/6007/curso-en-salto-para-cuidadores-as-de-personas-adultas-mayores-o-con-discapacidad-y-curso-de-formacion-de-formadores-en-melo.html>
- Bango, J. y Cossani, P. (2021). *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América latina y el Caribe. Elementos para su implementación*. ONU Mujeres-CEPAL
- Batthyány, K., Genta, N. y Perotta, V., (2013). *El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género*. Naciones Unidas
- Bazo, M. (1999). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Editorial Médica Panamericana.
- Ben Natan, M., Garfinkel, D., & Shachar, I. (2010). End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 299-303. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.05.002>
- Bermejo, L. (2014). Los profesionales en el Modelo de ACP. En: Rodríguez y Vila (Eds.), *Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. 332-344. Tecnos
- Berriel, F. Pérez, R., y Rodríguez, S. (2011). *Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción*. MIDES.

- Birkenhäger-Gillesse, E. G., Kollen, B. J., Zuidema, S. U., & Achterberg, W. P. (2018). The «more at home with dementia» program: a randomized controlled study protocol to determine how caregiver training affects the well-being of patients and caregivers. *BMC Geriatrics*, *8*. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0948>
- Boumans, J., van Boekel, L. C., Verbiest, M. E., Baan, C. A., & Luijkx, K. G. (2022). Exploring how residential care facilities can enhance the autonomy of people with dementia and improve informal care. *Dementia (London, England)*, *21*(1), 136-152. <https://doi.org/10.1177/14713012211030501>
- Bozkurt, S., Sunbul, M., Zincir, S., Sunbul, E., Oguz, M., Cengiz, F., Durmus, E., Kivrak, T. & Sari, I. (2014). Burden and depressive symptoms associated with adult-child caregiving for individuals with heart failure. *Scientific World Journal*, *2014*(641817), 1-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4238174/pdf/TSWJ2014641817.pdf>
- Briones-Peralta, M., Pardo-García, I., y Escribano-Sotos, F. (2020). Effects of a practical training programme on burnout among professional caregivers in a care home for older adults with dementia: a pilot study. *Psychogeriatrics*, *20*(4), 391-397. <https://doi.org/10.1111/PSYG.12523>
- Brownie, S. & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged care facilities. Systematic review. *Clinical Intervention on Aging*, *8*, 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23319855/>
- Brunet N. y Márquez C. (2016). *Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 7. Trilce
- Burton, C. D., Entwistle, V. A., Elliott, A. M., Krucien, N., Porteous, T., & Ryan, M. (2017). The value of different aspects of person-centred care: a series of discrete choice experiments in people with long-term conditions. *BMJ open*, *7*(4), e015689. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015689>
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Medellín, N., Oliveri, M. y Stampini, M. (2019). *Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-concuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>
- Calzada. M. T. y Ocampo, J. M. (2018). Conceptualización de cuidador institucional de persona mayor en Colombia. *Rev. Salud Pública*. *20* (4), 511-517. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012400642018000400511](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642018000400511)

- Cantillo, C. P., Ramírez, C. A. y Perdomo, A. Y. (2018). Habilidad de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y sobrecarga percibida. *Ciencia y enfermería*, 24, 16. Epub 18 de enero de 2019. <https://dx.doi.org/10.4067/s071795532018000100216>
- Caro, S. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Revista Salud Uninorte*, 25(1), 172-178. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012055522009000100014&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012055522009000100014&lng=en&tlng=es).
- Castells, M. (1997). *La era de la información: el poder de la identidad*. Siglo XXI.
- CEPAL (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3862/S2009000.pdf?sequence=1>
- Chackiel, J. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? *Población y Desarrollo*, N°4 (LC/L.1411-P). CEPAL. <https://goo.gl/7vRJNS>.
- Chaparro, L. (2016). Mujeres cuidadoras familiares de personas con enfermedad crónica en Colombia. *Rev. Ciencia y Cuidado*, 13(1), 72-86. <https://doi.org/10.22463/17949831.736>
- Chauliac, N., Leane, E., Gardette, V., Poulet, E., & Duclos, A. (2020). Suicide Prevention Interventions for Older People in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(6), 307-315. <https://doi.org/10.1177/0891988719892343>
- Chung, M. L., y otros (2016). Depressive symptoms in patients with heart failure negatively affect family caregiver outcomes and quality of life. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 30-38. <https://doi.org/10.1177/1474515114535329>
- Cleland, J., Hutchinson, C., Khadka, J., Milte, R., & Ratcliffe, J. (2021). What defines quality of care for older people in aged care? A comprehensive literature review. *Geriatrics & gerontology international*, 21(9), 765-778. <https://doi.org/10.1111/GGI.14231>
- CONAPAM (2012). *Red de Atención Progresiva para el cuidado integral de personas mayores en Costa Rica*. 2° versión: revisada y ampliada, octubre, 2012. San José, Costa Rica.
- Congreso de Colombia (2005). Ley 1276 del 05 de enero. <https://www.secretariasenado.gov.co>> ley 1276
- Congreso de Colombia (2008). Ley 1251 del 27 de noviembre. <https://www.secretariasenado.gov.co>> ley 1251

Costa Rica. *Ley N°9303 de Creación del Consejo Nacional de personas con discapacidad*. Asamblea Legislativa de Costa Rica. 2015.

Cruz Riveros, C. (2020). La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>

Daly, R. L., Bunn, F., & Goodman, C. (2018). Shared decision-making for people living with dementia in extended care settings: a systematic review. *BMJ open*, 8(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018977>

DANE (2014). *Proyecciones de población*. <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-ydemografia/proyecciones-de-poblacion>

DANE (2016). *Población/proyecciones-de-población*. *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. Bogotá.

DANE (2017). *Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografiay->

De los Reyes, M. C. (2001). *Construyendo el concepto cuidador de ancianos*. Ponencia presentada en la IV Reunión de Antropología do MERCOSUL, Asunción. [https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo\\_el\\_concepto\\_de\\_cuidador.pdf](https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo_el_concepto_de_cuidador.pdf)

Decreto 117/016. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 25 de abril de 2016. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/117-2016>

Decreto 130/016. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 18 de abril de 2016.

Decreto 340/018. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 22 de octubre de 2018. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/340-2018/5>

Decreto 356/016. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 7 de noviembre de 2016. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>

Decreto 427/016. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 27 de diciembre de 2016. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/427-2016>

Decreto 428/016. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 27 de diciembre de 2016. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/428-2016>

Decreto 444/016. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 29 de diciembre de 2016. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/444-2016>

- Decreto 445/016. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 29 de diciembre de 2016.  
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/445-2016/1>
- Depresión, Tiempo de Cuidado y Dependencia. *Hacia promoc. salud*, 21(1), 106-114.
- Díaz, F (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. *Revista electrónica de Investigación educativa* 2003; 5(2): 1-13
- Díaz Veiga, P., Sancho, M., Garcia, A., Rivas, E., Abad, E., Suarez, N., Mondragón, G., Buiza, C., Orbegozo, A., y Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo residentes en Centros Gerontológicos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(6), 266-271. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf/S0211139X14001255>
- Díaz-Veiga, P. (2020). *El Modelo de Atención Centrada en la Persona; Qué es y por dónde empezar*. Informe Cuídem. Presente y futuro de Atención a los mayores. [https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/articulo\\_pura\\_informe\\_cuidemi\\_2020\\_.pdf](https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/articulo_pura_informe_cuidemi_2020_.pdf)
- dos Santos, T. R. M. S., Cavalcante, T. B., & Silva, J. F. (2019). Music therapy in patients with disorders of consciousness: An integrative review. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 27(4), 873-884. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.CTOAR1909>
- Drucker, J. (2014). *Graphesis: Visual Forms of Knowledge Production*. Harvard University Press.
- Dulcey, E., Arrubla, D. J., y Sanabria, P. (2013). *Envejecimiento y vejez en Colombia: estudio a profundidad*. Profamilia.
- Dyer, S. M., Valeri, M, Arora, N., Ross, T., Winsall, M., Tilden, D., Crotty, M., Flinders University. Rehabilitation, A. and E. C. G., THEMA Consulting Group, & Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. (2020). Review of international systems for long-term care of older people. <https://nla.gov.au/nla.obj-2924408501/view>
- El País (25 de enero, 2022). *EL Mides lanza plan para capacitar a los cuidadores*. *El País*. <https://www.elpais.com.uy/informacion/servicios/mides-lanza-plan-capacitarcuidadores.html>
- Encuesta Nacional sobre Discapacidad (2018). INEC- CONAPDIS. San José, Costa Rica
- Encuesta Nacional sobre Discapacidad (2019). INEC- CONAPDIS. San José, Costa Rica
- Estrada, A., y otros (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v31i4.399>

- Eurofound. (2020). *Long-term care workforce: Employment and working conditions* (pp. 1-74). <https://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2020/longterm-care-workforce-employment-and-working-conditions>
- European Commission. (2018). The 2018 ageing report: Underlying assumptions & projection. In *European Economy* (Vol. 065, Issue November 2017, pp. 1–240). [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/ageing\\_report/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/ageing_report/index_en.htm)
- Fernández, J. (s/f). *Guía sobre centros de día para personas mayores en situación de dependencia*. [http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA\\_DE\\_CENTROS\\_DE\\_DIA\\_prog-lb-def.pdf](http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_CENTROS_DE_DIA_prog-lb-def.pdf)
- Ferraro, K. F., y Shippee, T. P. (2009). Aging and Cumulative Inequality: ¿How Does Inequality Get Under the Skin? *The Gerontologist* 49(3), 333-343. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/49/3/333/749457>
- Flórez, C. E., Villar, L., Puerta, N. y Berrocal, L. F. (2015). *El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050*. Saldarriaga Concha.
- Gabinete Social (2012). *Hacia un modelo solidario de cuidados*. Recuperado de: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11\\_-\\_snc\\_hacia\\_un\\_modelo\\_solidario\\_de\\_cuidados.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/23302/1/12.11_-_snc_hacia_un_modelo_solidario_de_cuidados.pdf)
- Gaceta n° 83 de 30 de abril de 2010: *Criterios para la distribución de recursos de la Ley N° 8718 de la Junta de Protección Social*. Costa Rica.
- Galiana, J., Haseltine, W. (2019). *AgeingWell. Solutions to the Most Pressing Global Challenges of Aging* (Palgrave M). <https://doi.org/10.1007/978-981-13-2164-1>
- García Bravo V (2018). Las cuidadoras informales trabajan sin salario y sufren deterioro de salud. Noticias Universidad de Costa Rica 07 diciembre 2018. Disponible en <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/12/07/las-cuidadoras-informales-trabajan-sin-salario-y-sufren-deterioro-de-su-salud.html>
- Garabedian, C. E. (2020). Dementia: When music is the only way in – An emergency intervention: Innovative Practice. *Dementia*, 19(8), 2876-2880. <https://doi.org/10.1177/1471301219835078>
- Gascón, S., y Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Serie Políticas Sociales. Santiago de Chile: CEPAL

- Gaugler, J. E., & Mitchell, L. L. (2022). Reimagining Family Involvement in Residential LongTerm Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.022>
- Gonella, S., Basso, I., De Marinis, M. G., Campagna, S., & Di Giulio, P. (2019). Good end-of-life care in nursing home according to the family carers' perspective: A systematic review of qualitative findings. *Palliative Medicine*, 33(6), 589-606. <https://doi.org/10.1177/0269216319840275>
- Gridley, K., Birks, Y., & Parker, G. (2020). Exploring good practice in life story work with people with dementia: The findings of a qualitative study looking at the multiple views of stakeholders. *Dementia*, 19(2), 182-194. <https://doi.org/10.1177/1471301218768921>
- Griffiths, A. W., Surr, C. A., Creese, B., Garrod, L., & Chenoweth, L. (2018). The development and use of the assessment of dementia awareness and person-centred care training tool in long-term care. *Dementia*, 18(7-8), 3059-3070. <https://doi.org/10.1177/1471301218768165>
- Gómez, O. Carrillo, M y Cárdenas, D (2017) Estrategias para el Aprendizaje Significativo del Cuidado Humano en Enfermería. Universidad de Manizales
- Guerrero-García, M., Rodríguez-Peral, E., Lorca-Salas, L., Tirado Pedregosa, G., Guardia Mancilla, P., y Montoya-Juárez, R. (2018). Procesos de fin de vida en residencias de ancianos desde la perspectiva de los familiares. *Medicina Paliativa*, 25(3), 143-152. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIPA.2016.10.001>
- Guzmán, A., Wenborn, J., Ledgerd, R., & Orrell, M. (2017). Evaluation of a Staff Training Programme using Positive Psychology coaching with film and theatre elements in care homes: views and attitudes of residents, staff and relatives. *International Journal of Older People Nursing*, 12(1), e12126. <https://doi.org/10.1111/opn.12126>
- Hawkins, R. J., Prashar, A., Lusambili, A., Ellard, D. R., & Godfrey, M. (2018). 'If they don't use it, they lose it': how organisational structures and practices shape residents' physical movement in care home settings. *Ageing and Society*, 38(09), 1817-1842. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000290>
- Hernández, A., Linares, J. y Rojas, H. M. (2019). Cambios y permanencias en la organización familiar del cuidado. *Hallazgos*, 16(31), 187-211. <https://dx.doi.org/10.15332/s17943841.2019.0031.08>
- Holguín, D., Bartolo, G., & Cardona, N. (2018). Cuidado humanizado que recibe el adulto mayor en centros de vida de Pereira, Risaralda 2017-2018. *Cuaderno De Investigaciones: Semilleros Andina*, (11), 56-63. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/911>

- Horne, M., Youell, J., Brown Laura JE., Simpson, P., Dickinson, T. & Brown-Wilson, C. (2021). A scoping review of education and training resources supporting care home staff in facilitating residents' sexuality, intimacy and relational needs. *Age and Ageing*, 50, 758-771. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab022>
- <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/spol.12367>
- [https://medios.presidencia.gub.uy/tav\\_portal/2020/noticias/AF\\_909/MSP\\_PRESENTACION\\_DATOS\\_2019.pptx%20\(1\).pptx](https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2020/noticias/AF_909/MSP_PRESENTACION_DATOS_2019.pptx%20(1).pptx)
- <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/atencion%20CENTRADA%20EN%20PERSONA%202010.pdf>
- Hu, X., Huang, W., Su, Y., Qu, M., & Peng, X. (2017). Depressive symptoms in Chinese family caregivers of patients with heart failure: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*, 96(13), 1-7. [https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2017/03310/Depressive\\_symptoms\\_in\\_Chinese\\_family\\_caregivers.35.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2017/03310/Depressive_symptoms_in_Chinese_family_caregivers.35.aspx)
- Huenchuan, S. (2009). *Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* CEPAL. <https://goo.gl/s9BCjd>
- Husebø, B. S., Ballard, C., Aarsland, D., Selbaek, G., Slettebo, D. D., Gulla, C., Aasmul, I., Habiger, T., Elvegaard, T., Testad, I., & Flo, E. (2019). The Effect of a Multicomponent Intervention on Quality of Life in Residents of Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial (COSMOS). *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 330-339. <https://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2018.11.006>
- ICBF (2013). Resolución 1370. <https://www.icbf.gov.co>cargues>avance>docs>res>
- ICBF (2019). Resolución 5244. <https://www.icbf.gov.co>system>files>5244>
- ICBF (2021). Resolución 0653. <https://www.icbf.gov.co>system>files>0653>
- Inker, J., Jensen, C., Barsness, S., & Stewart, M. M. (2021). Implementing Microlearning in Nursing Homes: Implications for Policy and Practice in Person-Centered Dementia Care. *Journal of Applied Gerontology*, 40(9), 1062-1070. <https://doi.org/10.1177/0733464820929832>
- Instituto de Estudios Sociales en la Población (IDESPO) (2021). *Informe Encuesta de percepciones sobre las personas mayores, 2021*. Proyecto Estudios de componentes psicosociales de la persona adulta mayor. Universidad Nacional de Costa Rica.
- Instituto Nacional de Aprendizaje (2018). *Programa de formación profesional de Asistencia personal para la persona con discapacidad*. [w.ina.ac.cr/SitePages/núcleos/saludculturaartesanas.aspx](http://w.ina.ac.cr/SitePages/núcleos/saludculturaartesanas.aspx)



Instituto Nacional de Aprendizaje (2018). *Programa de formación profesional de Asistencia personal para la persona adulta mayor*. [w.ina.ac.cr/SitePages/núcleos/saludculturaartesanas.aspx](http://w.ina.ac.cr/SitePages/núcleos/saludculturaartesanas.aspx)

Instituto Nacional de Aprendizaje (2018). Modelo Curricular para la formación profesional del Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). San José, Costa Rica

Instituto Nacional de Estadística (Uruguay, 2015). *Encuesta Continua de Hogares*. <https://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-continua-de-hogares1>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Resultados generales* [recurso electrónico] / Instituto Nacional de Estadística y Censos, Universidad Nacional. IDESPO; Instituto Nacional de las Mujeres. 1ed. San José, Costa Rica: INEC. Disponible en: <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-bibliotecavirtual/reenut2017.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). *Estadísticas demográficas. 2011- 2050. Proyecciones nacionales. Población total por años calendario, según sexo, grupos quinquenales de edades y edades simples*. <https://www.inec.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>

Instituto Nacional de las Personas Mayores (2012). *Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015*. [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimiento-yvejez\\_digital.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimiento-yvejez_digital.pdf)

Instituto Nacional de las Personas Mayores (2015). *Sistema de información sobre vejez y envejecimiento: personas mayores y cuidados. Establecimiento de cuidados permanentes*. [http://sive.mides.gub.uy/Nuevo\\_Test/portalObservaVejez/indicadores.php#](http://sive.mides.gub.uy/Nuevo_Test/portalObservaVejez/indicadores.php#)

Instituto Nacional de las Personas Mayores (2016). *Segundo plan nacional de envejecimiento y vejez*. <http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/66880/1/plan-nacional-deenvejecimiento-26-de-setiembre-imprenta.pdf>

Instituto Nacional de las Personas Mayores (marzo, 2020). *Establecimientos de larga Estadía para Personas Mayores (CLE)*.

Instituto Nacional de las Personas Mayores- Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas*. Tradinco.

- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente*. [https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual\\_cuidados-generales.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf)
- Jara, P. Chaverri, A. (2020). *Servicios de apoyo al cuidado en el domicilio: Avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Jara, P. Matus, M. Chaverri (2020) *Tendencias y desafíos para un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Jaramillo, M., Valencia, V., Ramirez, E., y Moreno, A. (2015). *Humanización del servicio en los CPSAM* [Especialización, CES]. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2313/Humanizacion\\_Servicios.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2313/Humanizacion_Servicios.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Johnston, B., Lawton, S., & Pringle, J. (2017). 'This is my story, how I remember it': In-depth analysis of Dignity Therapy documents from a study of Dignity Therapy for people with early-stage dementia. *Dementia*, 16(5), 543-555. <https://doi.org/10.1177/1471301215605629>
- Junta Nacional de Cuidados (2015). *Plan nacional de cuidados 2016-2020*. [https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plannacional-de-cuidados-2016-2020\\_0.pdf](https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plannacional-de-cuidados-2016-2020_0.pdf)
- Kang, B., Scales, K., McConnell, E. S., Song, Y., Lepore, M., & Corazzini, K. (2020). Nursing home residents' perspectives on their social relationships. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1162-1174. <https://doi.org/10.1111/jocn.15174>
- Keller, H. H., Carrier, N., Slaughter, S., Lengyel, C., Steele, C. M., Duizer, L., Brown, K. S., Chaudhury, H., Yoon, M. N., Duncan, A. M., Boscart, V. M., Heckman, G., & Villalon, L. (2017). Making the Most of Mealtimes (M3): protocol of a multi-centre cross-sectional study of food intake and its determinants in older adults living in long term care homes. *BMC Geriatrics*, 17(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0401-4>
- Keller, H. H., Syed, S., Dakkak, H., Ma, S. A. W., & Volkert, D. (2022). Reimagining Nutrition Care and Mealtimes in Long-Term Care. *JAMDA*, 23(2), 253-260. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.021>
- Klimova, B., Valis, M., Kuca, K., & Masopust, J. (2019). E-learning as valuable caregivers' support for people with dementia-A systematic review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4641-9>

- Lacerda, M. S., Rezende do Prado, P., Leite de Barros, A. L. y de Lima Lopes, J. (2019). *Depressive symptoms in the family caregivers of patients with heart failure: an integrative review*. *Rev Gaúcha Enferm*, 40(e20180057), 1-9.  
[http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/en\\_1983-1447-rgenf-40-e20180057.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/en_1983-1447-rgenf-40-e20180057.pdf)
- Law, K., Patterson, T. G., & Muers, J. (2017). Staff Factors Contributing to Family Satisfaction with Long-Term Dementia Care: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Gerontologist*, 40(5), 326-351.  
<https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1260082>
- Lázaro, R., Pinzón, S., Díaz-Veiga, P., Castejón, P., Azurmendi, M., y Uriarte, A. (2020). Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la COVID-19: impacto en los profesionales de los cuidados. *Zerbitzuan*, 73. 25-43. <https://www.siiis.net/es/publicaciones/ver-boletin/2935/>
- Lepore, M., Scales, K., Anderson, R. A., Porter, K., Thach, T., McConnell, E., & Corazzini, K. (2018). Person-directed care planning in nursing homes: A scoping review. *International Journal of Older People Nursing*, 13(4), e12212. <https://doi.org/10.1111/opn.12212>
- Ley 17.066. Diario Oficial del Estado Uruguay. 24 de diciembre de 1998.  
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4677921.htm>
- Ley 18.617. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 23 de octubre de 2009.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009/2>
- Ley 19.353. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 27 de noviembre de 2015.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
- Ley 19.355. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 19 de diciembre de 2015.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19355-2015>
- Ley 19.924. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 18 de diciembre de 2020.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19924-2020>
- Ley 19430. Diario Oficial del Estado Uruguayo. 8 de setiembre de 2016.  
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19430-2016>
- Li, J., Grandner, M. A., Chang, Y.-P., Jungquist, C., & Porock, D. (2017). Person-Centered Dementia Care and Sleep in Assisted Living Residents With Dementia: A Pilot Study. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(2), 97-113. <https://doi.org/10.1080/15402002.2015.1104686>
- Livsmiddelsverket. (2019). *Nationella riktlinjer för måltider i äldreomsorgen*.

[https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrefoldrar/riktlinjer\\_for\\_maltider\\_aldreomsorgen.pdf](https://www.livsmedelsverket.se/globalassets/publikationsdatabas/broschyrefoldrar/riktlinjer_for_maltider_aldreomsorgen.pdf)

- Londoño Orozco, G., y Cano García, E. (2015). *Formación y evaluación por competencias en educación superior*. Ediciones Unisalle.
- López Goñi, I. (2004). Bases organizativas del sistema educativo en Suecia. HUARTE DE SAN JUAN. *Psicología y Pedagogía/Psikologia eta Pedagogia.*, 11, 33-55. [http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/9446/HSJ\\_Ps\\_11\\_2004\\_Bases.pdf?sequence=1](http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/9446/HSJ_Ps_11_2004_Bases.pdf?sequence=1)
- López, A. (2019). *Cuidadores Formales de Personas Mayores en Centros de Larga Estancia en Montevideo, Uruguay*. (tesis doctoral). Instituto Universitario en Ciencias de la Salud, Fundación H.A. Barceló, Argentina.
- López, H. (2020). Programa psicoeducativo con enfoque cultural para reducir sintomatología depresiva en cuidadores familiares de personas mayores. *Cultura de los Cuidados*, 24 (58). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.12>
- López-Casanova, P., Verdú-Soriano, J., Berenguer-Pérez, M., Soldevilla-Agreda, J., López-Casanova, P., Verdú-Soriano, J., Berenguer-Pérez, M., y Soldevilla-Agreda, J. (2018). Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. *Gerokomos*, 29(2), 92-99.
- Marco Nacional de Cualificaciones (2021). *Estándar de Cualificación: Asistencia Integral de la persona adulta mayor*. Marco Nacional de Cualificaciones de la Educación y formación técnica profesional de Costa Rica.
- Márquez, M. (2020). *Grupo interdisciplinario de estudios sobre envejecimiento*. <http://www.catedras-bogota.unal.edu.co>
- Martínez, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Rev Clín Med Fam*, 13(1), 97-100. <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-97.pdf>
- Martinez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. Sociedad y Utopía. *Revista de Ciencias Sociales*, 41, 209-231. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/4504>
- Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid. Fundación Pilares para la Autonomía Personal. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/8646>

- McCabe, M. P., Beattie, E., Karantzas, G., Mellor, D., Sanders, K., Busija, L., Goodenough, B., Bennett, M., von Treuer, K., & Byers, J. (2020). Consumer directed care in residential aged care: an evaluation of a staff training program. *Aging and Mental Health, 24*(4), 673-678. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1574711>
- McCabe, M., Byers, J., Busija, L., Mellor, D., Bennett, M., y Beattie, E. (2021). How Important Are Choice, Autonomy, and Relationships in Predicting the Quality of Life of Nursing Home Residents? *Journal of Applied Gerontology, 40*(12), 1743-1750. <https://doi.org/10.1177/0733464820983972>
- McFarland, D. C., & Hlubocky, F. (2021). Therapeutic strategies to tackle burnout and emotional exhaustion in frontline medical staff: Narrative review. *Psychology Research and Behavior Management Vol. 14*, 1429-1436. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S256228>
- Medellín, N. Jara, P. Matus –López, M. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*. Washington, D.C. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección social y salud.
- Medellín, N. Jara, P. Matus, M (2020). *Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia*, Panorama Costa Rica. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Melguizo, E., Acosta, A., y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores: Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte, 28* (2), 261-268. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522012000200008&script=sci\\_abstract&lng=es#:~:text=Conclusiones%3A%20Ser%20mujer%2C%20tener%20nivel,salud%20de%20los%20adultos%20mayores.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522012000200008&script=sci_abstract&lng=es#:~:text=Conclusiones%3A%20Ser%20mujer%2C%20tener%20nivel,salud%20de%20los%20adultos%20mayores.)
- Melo, B. G., Vargas, Y., Carrillo, G. M., y Alarcón, D. K. (2018). Efecto del programa Plan de egreso en el día a día de las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. *Enferm Clin. 28*, 36-43.
- Miller, H. V., Ward, K., & Zimmerman, S. (2021). Implementation effectiveness of psychosocial and environmental care practices in assisted living. *Geriatric nursing (New York, N.Y.), 42*(1), 295-302. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2020.09.003>
- Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social (2021). *Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia*. San José, C.R. IMAS, MDHIS.

[https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031\\_0.pdf](https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social. (2014). *Cuidados como sistema: propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. MIDES.

Ministerio de Desarrollo Social. (2020). *Derechos de las personas mayores residentes en Establecimientos de Larga Estadía*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollosocial/sites/ministerio-desarrollo-social/files/2021-07/Inmayores%20-%20Derechos%20de%20las%20personas%20mayores%20en%20establecimientos.pdf>

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2001). Ley 687 del 15 de agosto. <https://www.secretariasenado.gov.co/ley687>

Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Salud (1976). Decreto 2011 del 24 de septiembre. <https://www.secretariasenado.gov.co/decreto2011>.

Ministerio de la Protección Social (2007). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia*. Bogotá.

Ministerio de Salud Pública (2020). *Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay* [Diapositiva de powerpoint].

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Condiciones sociales y de salud de las personas mayores en Colombia, 2005 – 2011*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Envejecimiento demográfico, Colombia 1951-2020: dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez (PCEHV)*. <https://www.minsalud.gov.co/rid/Lists/RIDE.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Decreto 859. Comisión intersectorial de salud pública. <https://www.minsalud.gov.co/List/ride/DIJ.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social, COLCIENCIAS, Universidad del Valle y Universidad de Caldas (2016). *Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad del Valle (2013). *Caracterización de los cuidadores institucionales en Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla*. Universidad del Valle.

- Minsalud (2015). *Encuesta SABE. Salud, bienestar y envejecimiento en Colombia. Situación de persona adulta mayor*. Bogotá.
- Minsalud (2017). *Fortalecimiento del talento humano en salud. Personas que cuidan a las personas*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/08fortalecimiento-talento-humano.pdf>
- Mintrabajo (2020). Resolución 0233. <https://www.suin-juriscol.gov.co>viewDocument>rut>
- Moberg L, & Blomqvist P, W. U. (2017). Professionalized through audit Care workers and the new audit regime in Sweden. *Soc Policy Admin.* 52(3), 631-645.
- Montoya, L. C., Rodríguez Parra, L. T., Ángel, C. S., & Rúa Serna, J. C. (2018). El olvido del derecho. Desprotección legal de las personas mayores de hoy y del mañana en Colombia. *Opinión Jurídica*, 17(33), 43–71. <https://doi-org.ezproxy.javeriana.edu.co/10.22395/ojum.v17n33a2>
- Municipalidad El Guarco (2020). *Política de envejecimiento y vejez del cantón el Guarco 2020- 2030*. <https://centrodiurnodeeltejar.org/images/pdf/politica-cantonal.pdf>
- Muñoz, L., Price, Y., Reyes, M., Ramírez, M., y Costa, M. (2010). The experience of family caregivers of older people with depression. *Esc Enferm*, 44(1), 32-39.
- Nichols, E., Steinmetz, J. D., Emil Vollset, S., Fukutaki, K., Chalek, J., Abd-Allah, F., Abdoli, A., Abualhasan, A., Abu-Gharbieh, E., Tayyaba Akram, T., Al Hamad, H., Alahdab, F., Mashhour Alanezi, F., Alipour, V., Almustanyir, S., Amu, H., Ansari, I., Arabloo, J., Ashraf, T., ... & Forecasting Collaborators, D. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7, e105-e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Novellas, A., De Cárcer, A., Del, M., Munuera, P., Jun, G., Salas, L., y Gómez-Batiste, X. (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas Intervención social Coordinadores de la edición (Obra Social)*. [https://www.researchgate.net/publication/325880527\\_Manual\\_para\\_la\\_atencion\\_psicosocial\\_y\\_espiritual\\_a\\_personas\\_con\\_enfermedades\\_avanzadas\\_Intervencion\\_social\\_Coordinadores\\_de\\_la\\_edicion](https://www.researchgate.net/publication/325880527_Manual_para_la_atencion_psicosocial_y_espiritual_a_personas_con_enfermedades_avanzadas_Intervencion_social_Coordinadores_de_la_edicion)
- OCDE & Mineducación (2016). *La educación en Colombia. Revisión de políticas nacionales de educación*. Bogotá.

- OECD. (2020). *Who Cares? Attracting and Retaining Elderly Care Workers*. OECD. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- Olson, N. L., y Albeni, B. C. (2021). Dementia-Friendly «Design»: Impact on COVID-19 Death Rates in Long-Term Care Facilities Around the World. *Journal of Alzheimer's Disease*, 81, 427-450. <https://doi.org/10.3233/JAD-210017>.
- OMS (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, No. 37, Supl 2.
- ONU (1982). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Viena.
- ONU (2002). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Madrid. Ordenanza 483/2017. Ministerio de Salud Pública. 17 de mayo de 2017. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/normativa/ordenanza-n-483017-ordenanza-483-2017>
- Ordenanza 1032/2019. Ministerio de Salud Pública. 22 de agosto de 2019. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/normativa/ordenanza-n-1032019-ordenanza-1032-2019>
- Ortega, I., Sancho, M. y Stampini, M. (2021): *Fragilidad de las Instituciones de cuidado a la vejez ante la COVID-19. Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios*. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0003111>
- Otero, P., Vázquez, L., Ferraces, M., Blanco, V. y Torres, Á. (2015). Prevención de la depresión en cuidadoras no profesionales: relación entre habilidades de solución de problemas y síntomas depresivos. *Clínica y Salud*, 25(1), 1-7.
- Paredes, M y Pérez, R. (2014). Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia. En Sistema Nacional de Cuidados. *Las personas mayores ante el cuidado: aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados*. (pp. 11-40). <http://www.cien.ei.udelar.edu.uy/wpcontent/uploads/2019/07/6-Las-personas-mayores-ante-el-cuidado.pdf>
- Parkinson, M., & Thompson, J. (2021). An exploration of the challenges of providing person centred care for older care home residents with obesity. *Health & Social Care in the Community*. *Health Soc Care Community*, 00:1–11. <https://doi.org/10.1111/HSC.13519>



- Pons Delgado, S., Delgado Labrada, V., Oliva Magaña, M., Tamayo Solís, Y., y González Gacel, J. (2018). Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor. *MULTIMED*, 22(1), 39-50. Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/777>
- Prieto, D. (2014) La experiencia de los profesionales en el Modelo de Atención centrado en la persona. Informe no publicado. Matia Instituto, San Sebastián.
- Pugliese, L. (2013). Hogares de ancianos en convenio con el Banco de Previsión Social, ¿Atención de personas dependientes? *Comentarios de Seguridad Social*, 40, pp. 47-61. [https://www.bps.gub.uy/bps/file/6825/1/06\\_hogares\\_anciano\\_convenio.pdf](https://www.bps.gub.uy/bps/file/6825/1/06_hogares_anciano_convenio.pdf)
- Pugliese, L. y Sosa, S. (2015). Adultos mayores dependientes. Insumos de la ELPS para el Sistema nacional de cuidados *Comentarios de Seguridad Social*, 48:63-80. <https://www.bps.gub.uy/9854/48-adultos-mayores-dependientes-insumos-de-laelps-para-el-sistema-nacional-de-cuidados-pugliese-y-sosa.html>
- Rajamohan, S., Porock, D., y Chang, Y. P. (2019). Understanding the Relationship Between Staff and Job Satisfaction, Stress, Turnover, and Staff Outcomes in the PersonCentered Care Nursing Home Arena. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(5), 560-568. <https://doi.org/10.1111/JNU.12488>
- Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 23.ª ed., [versión 23.5 en línea]. <https://dle.rae.es> [16 abril, 2022].
- Redacción 180 (30 de noviembre de 2021). *Intiman por trámite de habilitación a 472 establecimientos para personas mayores*. [https://www.180.com.uy/articulo/85497\\_intiman-por-tramite-de-habilitacion-a-472-establecimientos-para-personas-mayores](https://www.180.com.uy/articulo/85497_intiman-por-tramite-de-habilitacion-a-472-establecimientos-para-personas-mayores)
- Regione Emilia-Romagna- Sistema Regionale delle Qualifiche. (2020). *LA QUALIFICA DI "OPERATORE SOCIO SANITARIO"*. <https://formazionelavoro.regione.emilia-romagna.it/qualifiche/approfondimenti/srq>
- Riesch, J., Meyer, L., Lehr, B., & Severin, T. (2017). Dementia-specific training for nursing home staff. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(5), 523-529. <https://doi.org/10.1007/S00391-017-1296-1>
- Rodríguez, (2021). *Las Residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido*. Madrid. Los libros de la Catarata y Fundación Pilares. [https://www.catarata.org/libro/las-residencias-que-queremos\\_129520/edicion/ebook-123870/](https://www.catarata.org/libro/las-residencias-que-queremos_129520/edicion/ebook-123870/)
- Rodríguez, C. (2019). *Sistemas de cuidado y ODSs: políticas públicas para la sostenibilidad de la vida*. <https://www.globalpolicywatch.org>esp>

- Rodríguez, P. R. (2010). *“La atención integral centrada en la persona”*. Madrid, Informes Portal Mayores, no 106.
- Rogero, G. J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Rogero-García, J. (2009). *Los tiempos del cuidado El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. En Colección Estudios. Serie dependencia (Número 1211). <http://www.060.es>
- Rokstad, A. M. M., Døble, B. S., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Benth, J. Š., & Selbaek, G. (2017). The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in personcentred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2), e12139. <https://doi.org/10.1111/opn.12139>
- Saldert, C., Bartonek-Åhman, H., & Bloch, S. (2018). Interaction between nursing staff and residents with aphasia in long-term care: A mixed method case study. *Nursing Research and Practice*, 2018, 9418692. <https://doi.org/10.1155/2018/9418692>
- Sánchez, P., López, S., y Canal, C. (2020). *Primero auxilios*. <https://revistamedica.com/primeros-auxilios/>
- Sancho, M. y Martínez, T. (2020). Revisión Internacional de Modelos de Atención Residencial para personas mayores. Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!. Junta de Castilla y León. <https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/565875>
- Sapuy, L. P. L., y Ramos, M. E. F. (2018). Buen trato e importancia de la comunicación afectiva con los adultos mayores. *Revista Edu-Física*, 10(22), Article 22. <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/1307>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., y Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Savundranayagam, M. Y., Sibalija, J., y Scotchmer, E. (2016). Current Topic in Care Resident Reactions to Person-Centered Communication by Long-Term Care Staff. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*, 31(6), 530-537. <https://doi.org/10.1177/1533317515622291>

- Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (2021) *Plan Nacional de Cuidados 2021-2025*. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plannacional-cuidados-2021-2025>
- SIIS, C. de D. y E. (2020). *Revisión internacional de modelos residenciales*. Francia. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/765/67/Revision%20internacional%20de%20modelos%20residenciales.%20Francia.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true>
- SIIS, C. de D. y E. F. E.-C. (2020). *Revisión internacional de modelos residenciales*. Suecia. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/documentos-normasdatos.html>
- Silva, C. (2004). Modelo psicosocial y envejecimiento: Análisis, reflexividad y posibilidades en programas y políticas de la tercera edad. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 4, 35-40. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2010.160>
- Sin, G. L., Yeo, D., Koh, H. J., Lee, J., y Ng, L. L. (2018). Training eldercare workers in mental healthcare. *Singapore Medical Journal*, 59(1), 28-32. <https://doi.org/10.11622/smedj.2017052>
- Sistema de Cuidados (2020). *Rendimos cuentas: Informa marzo 2020*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Cuidados%20rinde%20cuentas%20-%20Marzo%202020.pdf>
- Sistema Nacional de Cuidados (2019). *Informe Anual 2018*. <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/121834/1/informe-anual2018-snic.pdf>
- Sistema Nacional de Cuidados (2016a). *Diseño curricular: atención a la dependencia*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/atencion-a-la-dependencia---disenocurricular.pdf>
- Sistema Nacional de Cuidados (2016b). *Perfil docente. Formación en cuidados*. <https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/sites/ministerio-educacioncultura/files/inline-files/atencion-a-la-dependencia-perfil-docente.pdf>
- Sistema Nacional de Cuidados (2017). *Informe Anual 2016*. <https://www.gub.uy/sistemacuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Informe%20anual%20Sistema%20de%20Cuidados%202016.pdf>
- Sistema Nacional de Cuidados (2018). *Perfil ocupacional de personas que cuidan: atención a la dependencia*. <http://www.inefop.org.uy/aucdocumento.aspx?1709,8670>

- Sistema Nacional de Cuidados (2021). *La construcción del cuarto pilar de la protección social en Uruguay: balance y desafíos 2015-2020*. <https://www.gub.uy/sistemacuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/cuidados-informequinquenal-2015-2020.pdf>
- Soares, C. C., Marques, A. M., Clarke, P., Klein, R., Koskinen, L., Krasuckiene, D., Lamsodiene, E., Piscalkiene, V., y Küçükgüçlü, Ö. (2019). Older people's views and expectations about the competences of health and social care professionals: a European qualitative study. *European Journal of Ageing*, 16(1), 53-62. <https://doi.org/10.1007/s10433-0180466-3>
- Socialstyrelsen. (2020). *Att förebygga och behandla undernäring*. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Stampini, M. Oliveri, M. Ibararán, P. Londoño, June H. y James, G (2020). *¿Trabajar menos para cuidar a los padres? Los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina*. Washington. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Surr, C. A., Gates, C., Irving, D., Oyebode, J., Smith, S. J., Parveen, S., Drury, M., & Dennison, A. (2017). Effective Dementia Education and Training for the Health and Social Care Workforce: A Systematic Review of the Literature. *Review of educational research*, 87(5), 966-1002. <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>
- Thevenet, N. (2013). Cuidado en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011. Montevideo: MIDES. Recuperado de: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05\\_\\_snc\\_informe\\_censo\\_-\\_adultos\\_mayores.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23306/1/13.05__snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf)
- Tornøe, K., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Sørli, V. (2015). A mobile hospice nurse teaching team's experience: training care workers in spiritual and existential care for the dying - a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12904015-0042->
- Universidad Santa Paula (2022). *Programa de formación Maestría en Gerontología con énfasis en Gestión de Proyectos* <https://usantapaula.com/carreras-universitarias/maestrias-y-posgrados/maestria-en-gerontologia/>
- Universidad de Costa Rica (2022). Plan de Estudios Maestría profesional en Gerontología <https://www.sep.ucr.ac.cr/posgrados/gerontologia/folletos/ppger-mp-gerontologia.pdf>
- Valdés, S. E. C. (2009). El bienestar personal en el envejecimiento. *Iberóforum*. IV(7), 48-65. <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014858003.pdf>

- Varela, L., y E. Gallego (2015). Percepción de la calidad de vida en un grupo de adultos mayores de Envigado (Colombia). *Salud & Sociedad*, vol. 2(1), 7-14. [https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud\\_sociedad/article/view/3974](https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/3974)
- Vega, O., Garnica, M., Rincón, J. y Rincón, L. (2014). Calidad de vida de los cuidadores familiares de los adultos mayores con enfermedad crónica. *Ciencia y cuidado*, 11(2), 84-95.
- Velásquez, V., López, L., Barreto, Y., y Cataño, N. (2016). Cuidadores familiares campesinos:
- Vera Campuzano, N., Suárez Caicheb, A. M., Vera Campuzano, N., y Suárez Caicheb, A. M. (2018). Incidencia del clima organizacional en el desempeño laboral, el servicio al cliente: Corporación de Telecomunicaciones del Cantón La Libertad. *Revista Universidad y Sociedad*, 10(1), 180-186.
- Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., Fabà, J., y Martínez, T. (2019). Sexual expression and sexuality regulation in Spanish long-term care homes for the elderly. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 54(1), 12-18. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.09.001>
- Villar, F., Celdrán, M., Vila-Miravent, J., y Serrat, R. (2018). Involving institutionalised people with dementia in their care-planning meetings: lessons learnt by the staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 567-574. <https://doi.org/10.1111/scs.12480>
- Vogel, L. (2018). Pilot project delivers dementia care that feels like home. *CMAJ June 11, 190* (23) E729; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5610>
- UNESCO (1989). La Educación encierra un tesoro, Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI.
- Waterschoot, K., Roelofs, T. S. M., Van Boekel, L. C., Luijkx, K. G., Waterschoot Msc, K., Roelofs Phd, T. S. M., & Van Boekel, C. (2021). Care Staff's Sense-making of Intimate and Sexual Expressions of People with Dementia in Dutch Nursing Homes. *Clinical Gerontologist*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1928357>
- Watson J. Intentionally and Caring- Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing. *Journal of Holistic Nursing Practice* 16(4):12-19-2002
- White, D. L., Tunalilar, O., Hasworth, S., & Winfree, J. (2019). The resident VIEW in nursing homes. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 5, 2333721419877975. <https://doi.org/10.1177/2333721419877975>
- Whyte, C., & Fortune, D. (2017). Natural leisure spaces in long-term care homes: challenging assumptions about successful aging through meaningful living. *Annals of Leisure Research*, 20(1), 7-22. <https://doi.org/10.1080/11745398.2016.1175954>

- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Jao, Y. L., Bossen, A., Hein, M., Chung, S., Starykowicz, A., & Turk, M. (2018). Person-Centered Communication for Nursing Home Residents With Dementia: Four Communication Analysis Methods. *Western journal of nursing research, 40*(7), 1012-1031. <https://doi.org/10.1177/0193945917697226>
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
- Yasuda, M., & Sakakibara, H. (2017). Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health, 21*(9), 991-996. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1191056>
- Zapata López, B. I., Delgado Villamizar, N. L., & Cardona Arango, D. (2016). Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. *Revista de Salud Pública, 17*(6), 848-860. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.34739>