

¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe?

Consideraciones teóricas y de políticas

Martín Caruso Bloeck
Sebastián Galiani
Pablo Ibararán

¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe?

Consideraciones teóricas y de políticas

Martín Caruso Bloeck
Sebastián Galiani
Pablo Ibararán

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Caruso Bloeck, Martín.

¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe?: consideraciones teóricas
y de políticas / Martín Caruso Bloeck, Sebastián Galiani, Pablo Ibararán.

p. cm. — (Documento de trabajo del BID ; 834)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Long-term care insurance-Latin America. 2. Older people-Long-term care-Latin
America. I. Galiani, Sebastián. II. Ibararán, Pablo. III. Banco Interamericano de
Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.
IDB-WP-834

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO
3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No
se permiten obras derivadas.

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

Después de un proceso de revisión por pares, y con el consentimiento previo y por escrito del BID, una versión revisada de esta
obra podrá reproducirse en cualquier revista académica, incluyendo aquellas referenciadas por la Asociación Americana de
Economía a través de EconLit, siempre y cuando se otorgue el reconocimiento respectivo al BID, y el autor o autores no obtengan
ingresos de la publicación. Por lo tanto, la restricción a obtener ingresos de dicha publicación sólo se extenderá al autor o autores
de la publicación. Con respecto a dicha restricción, en caso de cualquier inconsistencia entre la licencia Creative Commons IGO
3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas y estas declaraciones, prevalecerán estas últimas.

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

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



www.iadb.org/ProteccionSocial

scl-sph@iadb.org

¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe?

Consideraciones teóricas y de políticas*

Martín Caruso Bloeck (Universidad Nacional de la Plata)

Sebastián Galiani (Universidad de Maryland y NBER)

Pablo Ibararán (BID e IZA)

Resumen

Este documento analiza las cuestiones teóricas y prácticas relacionadas a los servicios de cuidados de larga duración (CLD) en América Latina. La demanda de estos servicios irá en aumento a medida que la región experimente una rápida transición de su población actualmente joven a otra que envejezca velozmente, especialmente dado que las cohortes en proceso de envejecimiento son más propensas al deterioro de sus capacidades funcionales y físicas que los adultos mayores en otras partes del mundo. Sostenemos que los mercados de seguros privados no están bien preparados para proporcionar una cobertura que pueda responder a la necesidad de CLD, además de que la cantidad de ahorros personales requeridos para poder acceder a un autoseguro es prohibitivamente alta. Estudiamos cómo las economías desarrolladas han tratado el tema de los CLD y prestamos especial atención a las características más destacadas de sus programas de CLD. Luego centramos el análisis en América Latina, en donde los CLD pueden no ser una prioridad inmediata, pero es probable que los gobiernos estimulen el desarrollo de programas de CLD a medida que la demanda por estos servicios crece constantemente. En un principio, las autoridades legislativas probablemente se enfoquen en los programas de CLD para las personas pobres y vulnerables, para quienes poder costear los CLD constituye un problema mayor. Por tanto, a través de un modelo formal estudiamos cómo elementos básicos del diseño de políticas afectan la rentabilidad de los programas de CLD. El estudio muestra que los programas a favor de las personas pobres resultan más rentables cuando existe la opción de recibir subsidios en efectivo, y que la disponibilidad de opciones en especie y en efectivo reduce los costos del programa de forma global. Consideramos que nuestros hallazgos son puntos de partida naturales para comenzar a pensar en el desarrollo de programas de CLD en la región.

Palabras clave: cuidados de larga duración, seguro para cuidados de larga duración, envejecimiento de la población, América Latina

Clasificaciones JEL: J14, N36

* Los autores agradecen a Ferdinando Regalia, Marco Stampini y a un revisor anónimo por sus útiles comentarios y sugerencias.

1. Introducción

A nivel mundial, el proceso de envejecimiento de la población ha generado una mayor necesidad de servicios de cuidados de larga duración (CLD) para asistir a los adultos mayores. Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, *“el cuidado a largo plazo constituye una gama de servicios y apoyos a la que se puede recurrir para satisfacer necesidades de cuidado personal. La mayoría de las veces el cuidado a largo plazo no se trata de asistencia médica, sino de asistencia con las tareas personales básicas de la vida diaria, en ocasiones llamadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).”*

Los cambios demográficos en países desarrollados durante el último siglo han puesto a los CLD en el centro de debates cruciales, como los de sostenibilidad fiscal, salud pública, y la arquitectura de las redes de seguridad social. Los CLD pueden representar una carga importante para una economía, pues constituye en promedio el 1,7% del PIB en términos de gastos públicos en 11 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (OCDE, 2015).

Son dos las razones fundamentales por las que los CLD se convertirán en una cuestión cada vez más apremiante en América Latina en las próximas décadas. Primero, aunque hoy su población es más joven que el promedio mundial, América Latina está envejeciendo a un ritmo muy rápido. En segundo lugar, existe evidencia que muestra que estas futuras poblaciones mayores serán propensas a situaciones de dependencia que requerirán CLD. La esperanza de vida en América Latina ha aumentado, pero sin que su población experimente las mismas mejoras en cuanto a la calidad de vida y nutrición que las economías avanzadas (Palloni et al., 2006). En consecuencia, los habitantes de la región son más propensos a la obesidad, hipertensión, artritis y colesterol alto, lo que aumenta la probabilidad de envejecimiento temprano y la necesidad de cuidado (Al Snih et al., 2010; Medici, 2011; Matus-López, 2015). Entonces, la cuestión es cómo puede América Latina prepararse para el advenimiento de estos cambios, y lo natural es preguntarse hasta qué punto el seguro para cuidados de larga duración (SCLD) privado puede cubrir la necesidad de CLD. Desafortunadamente, una revisión de la literatura demuestra que las perspectivas del SCLD son desalentadoras, puesto que está limitado por varias fallas de mercado.¹

¹ Particularmente, como se analizará más adelante, la incertidumbre sobre costos futuros y la duración de la necesidad de CLD han imposibilitado el desarrollo de grandes mercados de seguro privados.

Las economías avanzadas han respondido a sus propias sociedades en proceso de envejecimiento mediante el diseño de programas de seguro social, que estudiamos para analizar qué elementos son relevantes para la creación de programas de CLD en América Latina. En general, los programas tienen un alto grado de heterogeneidad, y mientras que la experiencia de los países con ingresos altos brinda aportes valiosos sobre posibles alternativas, la adaptación de dichos programas a América Latina todavía no es directa. En particular, las restricciones fiscales, el limitado abastecimiento de servicios de CLD por parte de los proveedores de salud pública y la carencia de mercados privados de CLD que estén regulados son de especial preocupación. Pero sin un plan de seguro, las familias en América Latina tendrían que asumir los costos de los CLD por sí mismas. Esto es algo que las familias pobres, vulnerables, y la mayoría de las que perciben ingresos medios no pueden costear, por lo que es probable que se desarrolle cierto tipo de respuesta de política a medida que la población de la región envejezca.

Estas preocupaciones de asequibilidad motivaron el desarrollo de un modelo formal para estudiar la rentabilidad de los programas de CLD: aunque simple, nuestro modelo ofrece valiosos aportes. Primero, encontramos que las familias pobres prefieren los subsidios en efectivo, por lo que los programas a favor de las personas pobres son más eficaces cuando permiten transferencias monetarias. En segundo lugar, se expone que cuando las personas discrepan en su valoración de los servicios de CLD, permitir la elección entre subsidios en especie o en efectivo reduce el costo total del programa. Sostenemos que estos resultados son robustos a distintos escenarios, y por lo tanto constituyen un punto de partida valioso para comenzar a pensar en el diseño de programas de CLD.

El resto de este documento se estructura de la siguiente manera: la siguiente sección ofrece una breve explicación de lo que se entiende por CLD y los aspectos tecnológicos de su prestación. En la Sección 3, el análisis se centra en por qué creemos que la necesidad de CLD en América Latina aumentará pronunciadamente en las próximas décadas. La Sección 4 analiza por qué un mercado de SCLD exclusivamente privado tiende a dejar a la mayor parte de la población sin asistencia, mientras que la Sección 5 examina cómo los programas de gobierno en economías avanzadas han llenado el vacío que dejaron los mercados privados. Luego, en la Sección 6, centramos nuestra atención en la idoneidad de las estructuras de programas de CLD ya existentes para el contexto latinoamericano. La Sección 7 presenta el análisis de nuestro modelo sobre el efecto de los subsidios en efectivo y en especie y la evaluación correspondiente acerca

de la rentabilidad de los programas. Cerramos el documento con una serie de observaciones finales en la Sección 8.

2. ¿Qué constituye los CLD?

La definición funcional de CLD que se ofrece en los puntos introductorios señala el hecho de que un componente primario de los CLD es la asistencia en actividades básicas de la vida diaria. La mayoría de las actividades relacionadas con los CLD no requieren que el proveedor de cuidados tenga habilidades sumamente especializadas, lo que significa que la lista de potenciales prestadores es relativamente amplia.

Familiares o amigos son la primera y principal fuente de personal para CLD. Según la *Family Caregiver Alliance* (2015), la cifra de cuidadores familiares o informales que ofrecen cuidado a alguien enfermo, con discapacidad o en la tercera edad alcanza los 65,7 millones solamente en Estados Unidos. Además, de las personas que reciben cuidados en el hogar, dos tercios los obtienen exclusivamente de familiares.

El cuidado formal constituye la alternativa al informal que puede ofrecer la familia y los amigos, aunque la distinción entre el cuidado formal e informal no es clara. Los posibles criterios para distinguir los dos tipos de cuidado son: a) si el cuidador recibe una remuneración a cambio del servicio; b) si el cuidador recibió capacitación formal; c) si la atención se proporciona a través de un programa de CLD; y d) si el cuidador y la persona dependiente tienen un vínculo personal preexistente. Estos criterios a menudo se ven enfrentados. Por ejemplo, un familiar que trabaja en el marco de un programa remunerado está dentro de la categoría formal de acuerdo con la primera y tercera definición, pero no según la segunda y la cuarta. Además, es más probable que las definiciones de formalidad coincidan en los casos que requieren atención médica o de enfermería domiciliaria.

El acuerdo tradicional de que familiares —usualmente mujeres— proporcionen atención a personas con discapacidad² se ha hecho más difícil debido a los índices de fertilidad en descenso, hogares más pequeños, tasas de dependencia más elevadas, y la inserción masiva de mujeres en el mercado laboral. Desde una perspectiva histórica, los acuerdos formales de CLD se desarrollaron como sustitutos del cuidado familiar, aunque

² A lo largo del documento, la “discapacidad” refiere a aquella situación en donde una persona experimenta una disminución a largo plazo de sus capacidades funcionales y físicas, que no le permite realizar las AVDs de forma independiente.

las familias siguen siendo los principales proveedores de atención incluso en países donde los sistemas de CLD se encuentran bien consolidados. No obstante, también es posible que los requisitos de los CLD se hayan hecho más complejos, rompiendo con la posibilidad de sustituir el patrón de cuidado familiar observado hasta hace poco. Las tareas típicamente asociadas a los CLD pueden requerir diversos niveles de competencia, ya sea porque algunas son más complejas o debido al estado de la persona dependiente. Esto significa que la relación entre los tipos de cuidado puede depender del tipo de apoyo que cada beneficiario necesita. Para las tareas que requieran poca habilidad, se puede esperar que el cuidado informal sustituya al formal, mientras que se podría suponer que los cuidadores informales no están bien preparados para realizar algunas de las tareas de asistencia más difíciles.

La relación tecnológica entre las diversas fuentes de cuidado (por ejemplo, formales/informales, familiar/de mercado, etc.) afecta directamente las alternativas disponibles para las autoridades responsables al diseñar sistemas de CLD. Una mayor posibilidad de sustitución implica que los programas públicos pueden tener una estructura más flexible, e incluir la opción de cuidado familiar puede permitir costos de cuidado más bajos. El ahorro de costos puede ser especialmente grande si los familiares tienen un costo de oportunidad bajo en términos de oportunidades de mercado.

Varios estudios analizan la relación entre el cuidado formal e informal y concluyen que en la mayoría de los casos hay sustitución entre ellos. La primera serie de estos estudios trata a la estructura familiar como una posible medida del cuidado informal disponible y examina la relación entre el cuidado informal y formal, generalmente midiendo este último en términos de atención domiciliaria. Entre estos estudios, La Sasso y Johnson (2002) encuentran que la ayuda frecuente que brindan los hijos de los dependientes reduce en un 60% la probabilidad de necesitar atención domiciliaria en los próximos dos años. Van Houtven y Norton (2004) utilizan el número de hijos del dependiente y el hecho de si el mayor es o no mujer como instrumentos para estimar la sustitución entre el cuidado formal e informal. En general, sus resultados —basados en una muestra representativa de personas mayores de 70 años que no ingresaron a un establecimiento en E.E. U.U.—, confirman la posibilidad de sustitución entre el cuidado formal e informal, con la excepción de la atención tras cirugías ambulatorias. Un estudio similar realizado por Bonsang (2009) para Europa indica que el cuidado formal e informal son generalmente intercambiables, aunque la sustitución disminuye a medida que el nivel de discapacidad aumenta. Asimismo, Litwin y Attias-Donfut (2009) encuentran que es

más probable que las personas con mayor necesidad de cuidado lo reciban tanto de fuentes formales como informales.

Los análisis basados en el aprovechamiento de la variación regional de la disponibilidad de programas públicos muestran que su existencia afecta el uso del cuidado formal. McKnight (2006) observa que, en los Estados Unidos, la disminución de los reembolsos del programa Medicare a partir de la Ley de Presupuesto Balanceado de 1997 condujo a un descenso significativo de la atención domiciliaria, que no fue compensado por otras medidas de cuidado formal. Golberstein et al. (2009) sostienen que estas reducciones implicaron un aumento en la atención informal, aunque este efecto se concentra entre las personas con ingresos bajos. Kim y Lim (2015) estudian el impacto que tuvieron los reembolsos del gobierno de los gastos de CLD formal en el cuidado informal en Corea del Sur. Los resultados indican que la elegibilidad para recibir subsidios públicos no afecta la probabilidad de contar con cuidadores familiares o de vivir de forma independiente, aunque sí afecta la cantidad de estadías a corto plazo en hospitales o clínicas. Los autores concluyen del primer resultado que el cuidado formal e informal no son sustitutos fuertes en el margen extensivo, mientras que sostienen que el segundo resultado indica que sí lo son en el margen intensivo.

Otros estudios concluyen que el uso de tecnologías de asistencia (cualquier producto, dispositivo o equipo, modificado o personalizado, que se utilice para mantener, aumentar o mejorar las capacidades funcionales de los individuos³) puede aliviar la carga de atención para los cuidadores informales, y podría complementar o sustituir el cuidado formal dependiendo de la tecnología específica. Agree et al. (2005) estudian el efecto de la tecnología de asistencia en la demanda de cuidado formal e informal. Sus resultados indican que la tecnología de asistencia sustituye al cuidado informal, pero complementa al formal. Anderson and Wiener (2013) encuentran que el efecto depende del tipo de tecnología de asistencia. En su estudio, se encontró que la tecnología de asistencia para el desplazamiento de un espacio interior al exterior, el traslado de la cama y el baño sustituían horas enteras de servicios de atención personales, mientras que la tecnología de asistencia para el traslado de la cama y el aseo personal complementaban horas formales de atención. En general, sus resultados indican que las tecnologías de asistencia alivian la necesidad de cuidado informal pero no reducen significativamente la cantidad de atención formal y de paga. Además, la revisión de la

³Definición de la Ley de Asistencia Tecnológica estadounidense de 1988. La Organización Mundial de la Salud tiene una definición similar (ver <http://www.who.int/disabilities/technology/en/>).

literatura que realizan Mortenson et al. (2012) sobre el tema, sugiere que las tecnologías de asistencia se asocian a aliviar a los cuidadores en términos de esfuerzo físico y emocional.

Las investigaciones más recientes se han centrado en el papel que tiene el poder de elección dentro de los programas de CLD, lo que puede aumentar la eficacia general de las políticas de CLD. Canta, Cremer y Gahvari (2016) elaboraron un modelo en el cual analizan los efectos de dos alternativas en las políticas de CLD y la opción de elegir entre ellas. Se interesan en el efecto de desplazamiento del cuidado familiar en el contexto del altruismo infantil indefinido. El primer programa de CLD considerado es "complementación," en el cual los dependientes reciben una transferencia monetaria o servicios domiciliarios que se pueden complementar con otras formas de cuidado. El segundo es "exclusión," en el que se proporciona cuidado exclusivo, como la atención residencial gratuita o subvencionada. Sus resultados demuestran que la opción de complementación desplaza al cuidado familiar tanto en el margen intensivo como en el extensivo (nivel de cuidado y porcentaje de niños que lo proporcionan). Mientras tanto, la opción de exclusión solamente genera desplazamiento a nivel extensivo. Además, consideran un programa mixto, donde se puede optar entre ambas alternativas, y encuentran que esta opción tiende a disminuir las distorsiones generadas por los programas a nivel individual.

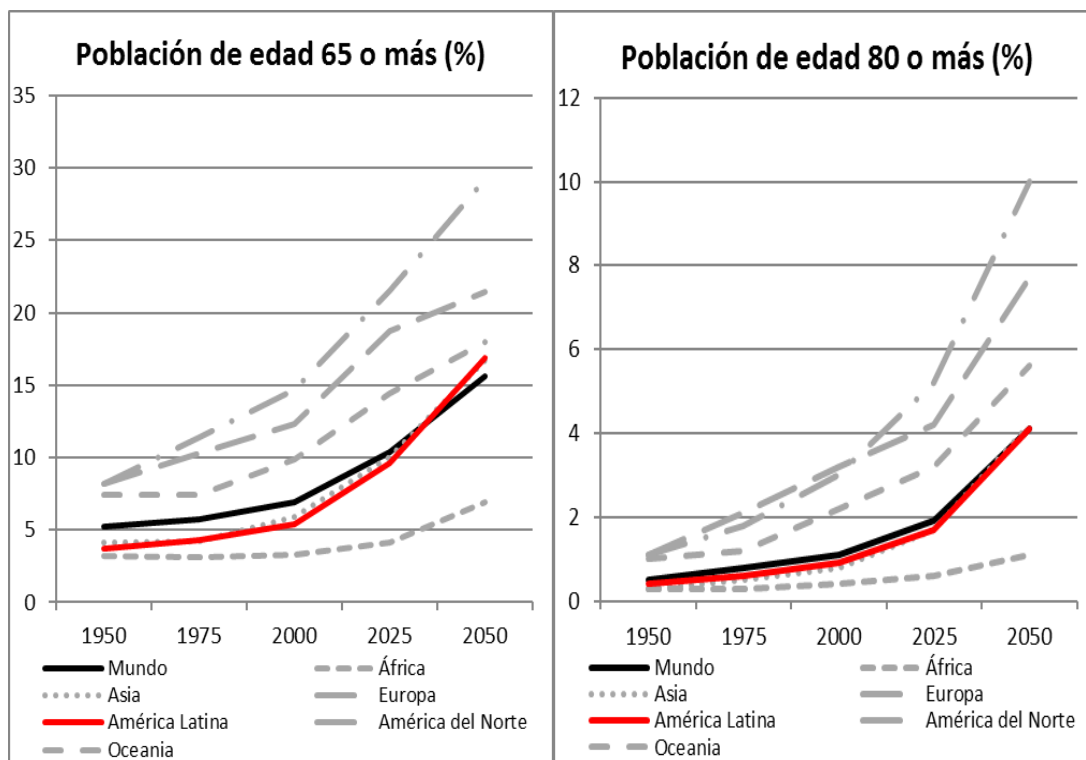
En conjunto, los resultados analizados en esta sección indican que el cuidado formal e informal pueden generalmente considerarse sustitutos, aunque muchos factores afectan su idoneidad ante determinadas situaciones. Esto se puede explicar por el alcance y la diferencia en la complejidad de las actividades relacionadas a los CLD, las distintas posibilidades que los dependientes pueden tener en términos de recursos financieros y familiares, así como la variedad general en los tipos y niveles de dependencia. Sin embargo, tener estos factores en cuenta es importante para comprender las posibilidades reales de satisfacer futuras necesidades de CLD.

3. Necesidades futuras de CLD en América Latina

En el siglo pasado, distintos cambios demográficos constantes a nivel mundial resultaron en mejoras en los campos de la tecnología y la medicina, así como en mejoras del nivel de vida que ha aumentado la esperanza de vida. Este cambio ha estado acompañado por cambios socioculturales complejos, como la mayor inserción femenina en el mercado laboral y las tasas de fertilidad decrecientes, lo que ha llevado a un

persistente envejecimiento de la población. El Gráfico 1 muestra el proceso de envejecimiento de la población para distintas regiones del mundo desde 1950 (el primer año para el que se disponen datos homogéneos a nivel mundial), lo que señala un envejecimiento constante y generalizado en todo el mundo.

Gráfico 1. Proporción de adultos mayores a nivel mundial

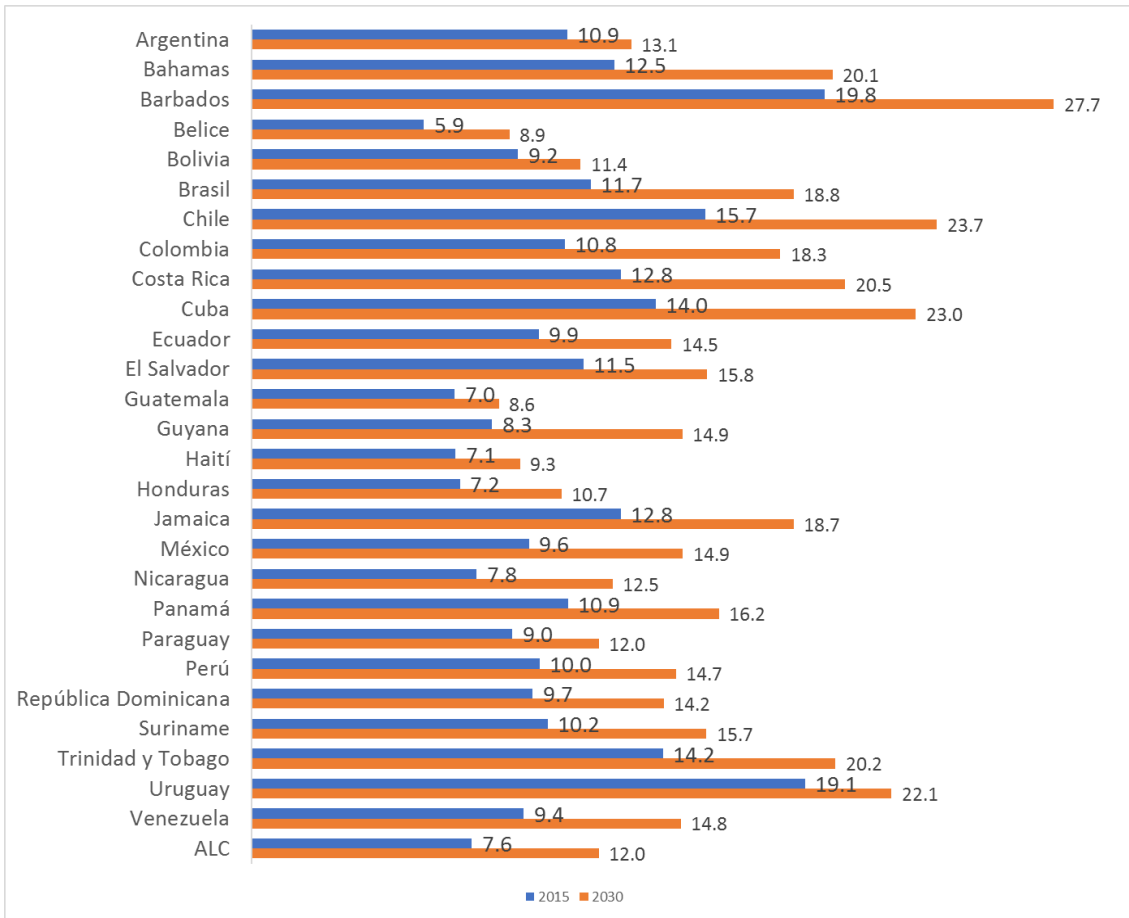


Fuente: elaborado por los autores con base en las Naciones Unidas (2015).

Se puede ver que América Latina es todavía joven en comparación con los países desarrollados y aún algo más joven que el promedio mundial; sin embargo, su índice de envejecimiento está entre los más altos. De acuerdo con Kinsella y Phillips (2005), Francia tardó 115 años en cambiar la proporción de mayores de 60 de un 7% a un 14%; Suecia tardó 85, mientras que Brasil y Colombia necesitarán solamente 21 y 20 años, respectivamente.

El Gráfico 2 muestra que el fenómeno de envejecimiento de la población está ocurriendo en todos los países de la región. Sin embargo, existe una variación considerable entre los países en términos del índice general de población mayor y el índice de envejecimiento.

Gráfico 2. Proporción de población mayor en América Latina y el Caribe



Fuente: elaborado por los autores con base en las Naciones Unidas (2015).

Aunque la población de América Latina está envejeciendo rápidamente, el Gráfico 1 también revela que será próximo al 2050 cuando la región alcance niveles de envejecimiento similares a los que las economías avanzadas tenían en el año 2000. El Gráfico 2 muestra que para el 2030 la mayoría de los países de la región tendrá un índice de población mayor de aproximadamente 15% o más. En total, en términos de índice de fertilidad, esperanza de vida, y proporción de población mayor de 65, algunos países de América Latina están alcanzando la etapa en la que los países de la OCDE se encontraban cuando iniciaron reformas importantes en sus sistemas de CLD (Matus-López, 2015).

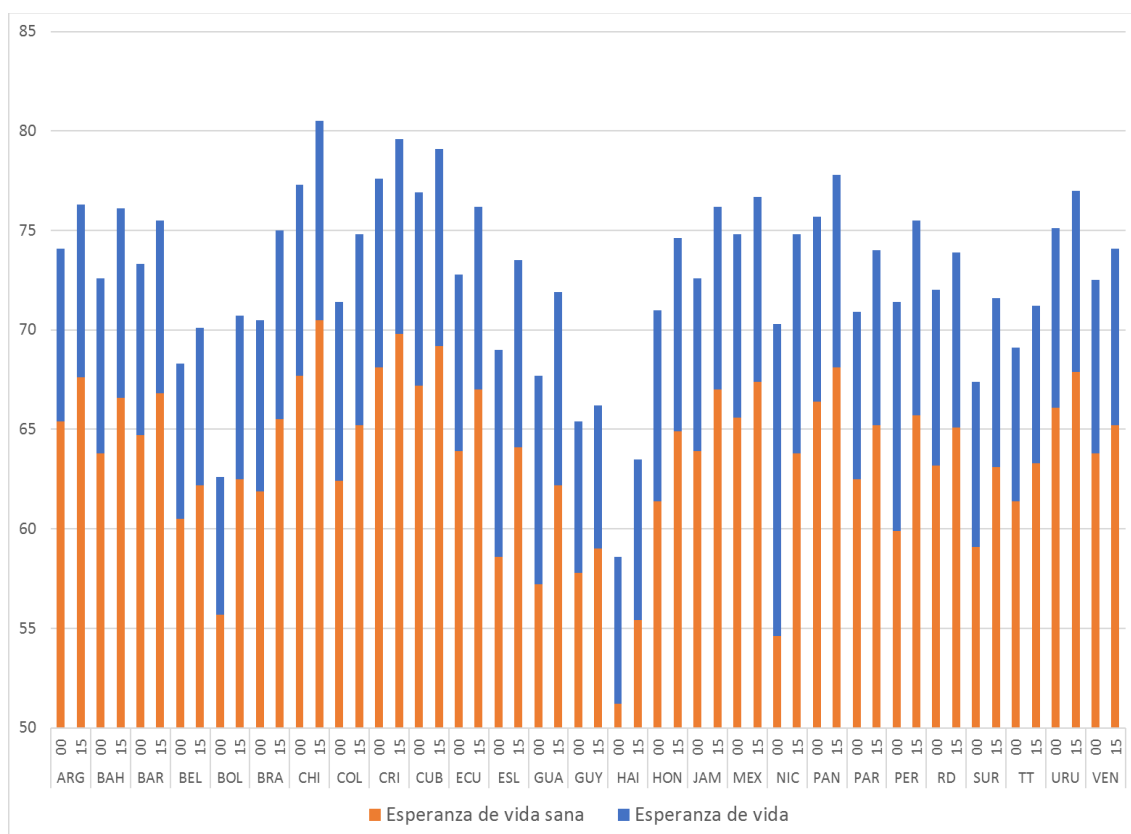
Dicho esto, el envejecimiento de la población es solamente un aspecto de la necesidad proyectada de CLD, ya que también depende del estado de salud con el cual se alcanza la edad avanzada. La literatura ha desarrollado una hipótesis interesante con respecto al perfil de la salud de las próximas generaciones de adultos mayores en América Latina. Palloni et al. (2006) observan que los nuevos adultos mayores serán el resultado de

grandes mejoras en el control y la mitigación de los efectos de enfermedades infecciosas y transmitidas por el agua, aunque estos avances no fueron acompañados por mejoras sustanciales en la calidad de vida, ya que la pobreza y la desnutrición permanecieron generalizadas. Consecuentemente, Palloni y Souza (2013) consideran que los adultos mayores de la nueva generación serán más frágiles, con una mayor prevalencia de las afecciones crónicas del adulto y un exceso del riesgo de mortalidad. Esto contrasta con la situación en la cual los países desarrollados alcanzaron una etapa similar en la transición demográfica, donde sus poblaciones envejecieron en mejores condiciones socioeconómicas. Por ejemplo, los niveles de educación y los ingresos promedio eran más altos en los países de la OCDE hace 20 o 30 años que los valores actuales de los países de América Latina y el Caribe que hoy están alcanzando umbrales de transición demográfica similares.

Un gran conjunto de evidencia documenta el vínculo entre la calidad de vida en edad temprana y la salud del adulto. Palloni et al. (2006) encuentran una relación entre la situación nutricional del niño y la diabetes, y la fiebre reumática y las enfermedades cardíacas, aunque esta última no es fuerte. De forma similar, Monteverde, Noronha y Palloni (2009) encuentran que ciertas situaciones deficientes a una edad temprana —tanto en términos de salud infantil como en condiciones socioeconómicas— generan índices de discapacidad más altos. McEniry (2013) analiza 20 estudios sobre el vínculo entre la calidad de vida en edad temprana y la salud del adulto. Sus hallazgos indican que varios aspectos de una calidad de vida deficiente en edad temprana, como la desnutrición, la incidencia de ciertas enfermedades y un nivel socioeconómico pobre afectan fuertemente algunos aspectos de la salud en edad más avanzada, como el debilitamiento de las facultades cognitivas, la incidencia de enfermedades cardíacas, discapacidad e índices de mortalidad. Dado que la demanda para CLD es mayor en presencia de múltiples afecciones crónicas, hay un vínculo entre la calidad de vida en edad temprana y los CLD en la vejez.

La consecuencia de este proceso se puede ver en el Gráfico 3, que muestra la esperanza de vida total y la esperanza de vida sana en el nacimiento para los años 2000 y 2015 en 27 países de América Latina y el Caribe. Ambas han aumentado en todos los países en el periodo analizado. Además, la esperanza de vida total, en general, ha tenido un incremento mayor que la esperanza de vida sana en todos los países, resultando en un aumento en los años para los que las personas requieren asistencia.

Gráfico 3. Años de esperanza de vida y de esperanza de vida sana



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2016).

Nota: las fracciones equivalentes de años de vida sana perdidas que se necesitan para estimar la esperanza de vida sana se calculan como el índice multicausa de los años perdidos por discapacidad per cápita, ajustado para comorbilidad independiente por edad, sexo y país. Ver Organización Mundial de la Salud (2016) para más detalles.

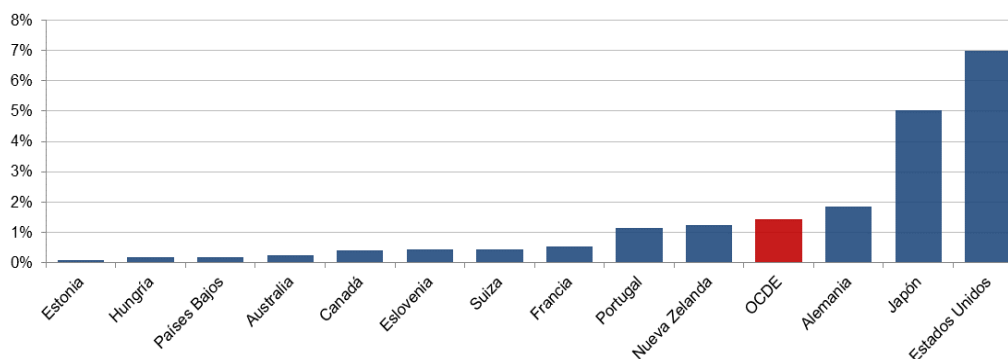
4. Financiamiento de los CLD: ¿Seguro privado o social?

Para cualquier persona, la necesidad de CLD es en gran medida incierta. Para proteger contra el riesgo de dependencia en la vejez, tendría que evaluarse la probabilidad de necesitar cuidados y la distribución de la duración de los mismos, además de tal vez diferenciar sus necesidades por tipo atención, severidad de su estado y costos. Esto implica que una persona que no posee una póliza de seguro debe ahorrar dinero suficiente para cubrir los costos de CLD en caso de necesitarlos, que de otra manera se denomina autoseguro. El costo del autoseguro depende no solo de elementos probabilísticos, sino de las preferencias del individuo con respecto al riesgo. La conjetura de que las personas son adversas al riesgo implica que, de no existir inconsistencias temporales o un comportamiento miope, los ahorros serían mayores que los costos

previstos, ya que las personas se ven sumamente afectadas por la probabilidad de resultados desfavorables. Esta brecha entre los ahorros para el autoseguro y los costos previstos es una fuente potencial de mejora del bienestar: si el riesgo pudiera agruparse dentro de una población de individuos, los ahorros adicionales no serían necesarios. Esta es la explicación tradicional para el desarrollo de un mercado de seguros.⁴

Sin embargo, hasta ahora los mercados de SCLD aún no se han desplegado correctamente, incluso en países desarrollados, donde el porcentaje de población adulta que posee cobertura es bajo. En Estados Unidos y Francia, considerados los mercados que se destacan en términos de cobertura (Colombo et al., 2011), los seguros alcanzan a entre el 5% y 15% de la población de 40 años o más, respectivamente. En Alemania, solamente se habían vendido cerca de 300.000 pólizas de seguro previo a la implementación del seguro obligatorio en 1995 (Hauschild, 1994). Más recientemente, Arntz et al. (2007) estimaron que el SCLD privado solamente cubre al 9% de la población alemana, mientras que 90% está cubierta por un seguro social. El Gráfico 4 muestra que la proporción de SCLD privado dentro del gasto total de CLD es muy pequeña, incluso en los países con la cobertura más extensa.

Gráfico 4. Proporción de gasto privado dentro del gasto total de CLD



Fuente: Colombo et al. (2011).

Nota: Link del artículo: <http://dx.doi.org/10.1787/888932401653>.

Son varias las razones que explican el pequeño tamaño del mercado, y apoyándonos en Barr (2010), analizamos los factores basados en la oferta y la demanda. Con respecto al primero, quizás las fallas más comunes en los mercados de seguro son las asociadas

⁴ Un tema relacionado que no se analiza aquí es que muchas personas no poseen un seguro y no ahorran para cubrir los costos esperados, lo que puede deberse al comportamiento miope, inconsistencias temporales, o a una cierta falla del mercado. El debate en este caso se vincula a las potenciales mejoras de bienestar derivadas de una cobertura de seguro.

a la información asimétrica: la selección adversa y el riesgo moral. La selección adversa ocurre cuando los asegurados potenciales pueden ocultar el hecho de que inherentemente constituyen clientes más riesgosos que otros. Reconociendo esta posibilidad, los aseguradores incrementan la prima, lo que desanima a clientes de riesgo bajo. En consecuencia, el grupo de clientes asegurados es más riesgoso que la población de clientes potenciales. La segunda consecuencia de la información asimétrica es el riesgo moral, que tiene lugar cuando un asegurado puede reducir la probabilidad o la pérdida asociada a un efecto adverso, pero opta por no hacerlo porque no se hará responsable de los gastos asociados. En el caso de CLD, el seguro puede desalentar el comportamiento preventivo, aumentando así los costos previstos asociados a él.

Además, existen problemas específicos del mercado para los CLD y al menos dos razones por las que sus costos futuros son difíciles de predecir. Primero, hay cierta incertidumbre acerca de la esperanza de vida en el futuro, particularmente sobre si el aumento de la esperanza de vida conducirá a relativamente más o menos años con discapacidad. El segundo se refiere a la incertidumbre sobre los futuros costos de CLD. Dado que los CLD son intensivos en trabajo, los investigadores se han preguntado si el sector puede ser susceptible a la Enfermedad de los Costos de Baumol. Según esta idea, el costo relativo de los CLD aumentará con el tiempo si la productividad en este sector aumenta más lentamente que la mejora de productividad general (Baumol, 1967, 1993). De la Maisonneuve y Oliveira Martins (2013) estiman los costos futuros de CLD en países de la OCDE y pronostican que podrían variar hasta un 5% del PIB, según la situación. Barr (2010) explica que los mercados de seguros pueden manejar los riesgos, pero no están bien preparados para aquellas circunstancias en donde haya incertidumbre sobre parámetros básicos como la proporción de población que necesitará CLD, por cuánto tiempo y los costos que tendrá. En lenguaje de los seguros, estos temas son choques comunes que pueden disuadir el funcionamiento adecuado de los mercados. Aunque los contratos de seguros pueden proteger la viabilidad financiera al permitir que los aseguradores incrementen las primas cuando los costos aumentan, la incertidumbre con respecto a la volatilidad de las primas puede dañar la confianza en los contratos (Colombo et al., 2011). Los proveedores de seguros pueden también protegerse de la incertidumbre de los costos al limitar los gastos de CLD en los que incurrirán. Aunque esto no soluciona el problema de la incertidumbre de costos totalmente, el cambio en la distribución del riesgo puede contribuir al desarrollo del mercado. Sin embargo, resolver el problema de quién es el portador del riesgo residual

(es decir, quién cubrirá los gastos más allá de la cantidad asegurada) no es tampoco tarea trivial. Por ejemplo, en los Estados Unidos, las personas pueden solicitar servicios de CLD de Medicaid solamente si sus recursos financieros se han consumido hasta un cierto nivel.

Del lado de la demanda, la evidencia existente muestra que existe una relación positiva entre el SCLD y los ingresos. Quizás la explicación más probable para esto es que el costo del SCLD puede simplemente ser demasiado alto para las familias con ingresos bajos y medios. Además, podemos especular que las familias destinarían los ingresos adicionales a los fondos de jubilación, ahorros generales, u otras fuentes, que, a diferencia del SCLD, no son contingentes.

Colombo et al. (2011) también observan que la complejidad de los contratos de seguro dificulta la evaluación calidad-precio para los asegurados. Barr (2010) avanza aún más, e indica su escepticismo acerca de si las elecciones que se realizan con respecto al seguro de CLD son informadas. Barr y Diamond (2008) señalan evidencia de la economía del comportamiento que muestra que, al tratar problemas complejos, se puede elegir mal o directamente no hacerlo.

Como varios investigadores han remarcado que los adultos mayores prefieren envejecer en sus hogares familiares (Pérez et al., 2001; Olsberg, 2005; Wiles et al., 2011; Chomik y MacLennan, 2014), una inferencia posible —aunque no necesaria— es que la baja demanda para el cuidado formal se traduzca en una menor demanda de seguros como bienes intermedios. Barr (2010) menciona que las personas desestiman la cobertura de seguro para evitar que sus familiares los envíen a una institución de cuidados residencial. Aunque esta explicación es algo especulativa, puede contribuir a aclarar la baja demanda de seguros.

En cuanto a la sensibilidad de la demanda de seguros a los incentivos económicos, Courtemanche y He (2009) estudiaron el efecto de los incentivos fiscales en la contratación de SCLD en los E.E. U.U. Encontraron que 25% de los elegibles para los incentivos fiscales respondieron contratando un seguro, pero los incentivos no son suficientes para generar un aumento sustancial en el mercado de SCLD. Por otra parte, los ahorros en los gastos de CLD de Medicaid no compensan los ingresos fiscales a los que los estados renunciaron. En un estudio similar, Goda (2011) explora la variación en la generosidad de los subsidios fiscales estatales para los SCLD. Sus resultados indican que el subsidio fiscal promedio aumenta la demanda de seguros en 2.7 puntos porcentuales sobre una base de referencia del 10% -12%, en gran parte entre personas

con ingresos altos. También se demuestra que este subsidio no es rentable, pues un dólar de subsidios reduce los gastos públicos apropiadamente unos 84 centavos. Finalmente, Bergquist, Costa-Font y Swartz (2015) estudian si los Programas de Asociación, un esquema diseñado para estimular la demanda de SCLD en cuatro estados en E.E. U.U., influenciaron las tendencias en el gasto de Medicaid y la demanda de SCLD. Encuentran que los efectos no fueron significativos en el gasto y la demanda de Medicaid, pero sí crearon aumentos limitados en la contratación de coberturas.

Una pregunta adicional es si los programas públicos de CLD desplazan a los mercados de SCLD privados. Brown, Coe y Finkelstein (2007) señalan que una disminución de US\$10.000 de los requisitos patrimoniales para Medicaid aumentaría la demanda de SCLD privado en 1.1 puntos porcentuales. Aunque eso muestra que existe desplazamiento, los autores encuentran que hacer los requisitos de Medicaid más rigurosos aún dejaría a la mayor parte de la población sin cobertura.

Barr (2010) sostiene que mientras el SCLD puede ser superior al autoseguro, los obstáculos mencionados anteriormente impiden el desarrollo de un mercado de SCLD privado a gran escala. Por lo tanto, la alternativa es un programa de seguro social. Barr argumenta a favor del seguro social apoyándose en el aumento de la eficiencia (analizada anteriormente) y en las inquietudes morales. El caso moral se basa en la solidaridad entre los individuos y puede pensarse como que las personas acumulan riesgos detrás del “velo de la ignorancia” (Rawls, 1972).

La mayoría de los países avanzados, que fueron los primeros en encontrarse con el problema del envejecimiento de la población, han en efecto respondido al asunto de los CLD por medio de programas de seguro social públicos. Las principales características de estos programas se analizan en la sección siguiente.

5. Programas de SCLD en Economías Desarrolladas

Los bajos índices de participación en programas de SCLD privados pueden interpretarse de dos maneras. La primera es que hay poca demanda de cobertura contra la dependencia del adulto mayor. La segunda conclusión es que los bajos índices de participación son resultado de la ineptitud de los mercados privados para proporcionar estos servicios. La última interpretación sirve como justificación para los programas de seguro social (Barr, 2010).

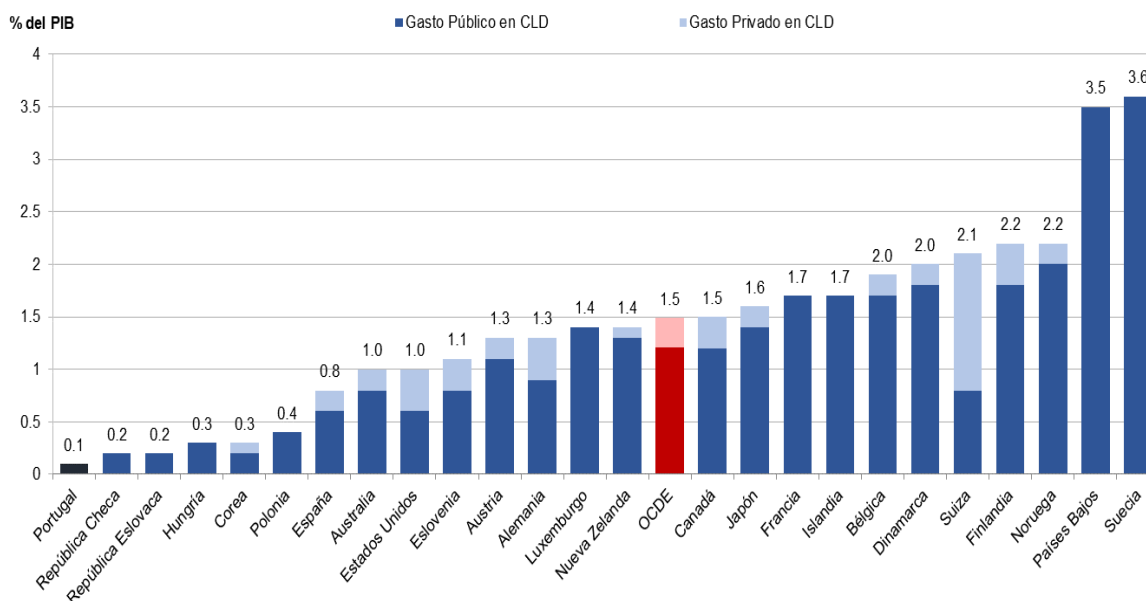
Colombo et al. (2011) han identificado varias dimensiones en las que los programas de CLD difieren. Por lo tanto, los programas se pueden clasificar según los siguientes criterios: el nivel total de gasto y su composición (público/privado), cobertura del sistema, fuentes de financiamiento público, gastos corrientes y servicios en especie frente a subsidios y la opción en efectivo. Aunque estos componentes de los programas de CLD se correlacionan, por cuestiones de simplicidad los analizaremos por separado.

5.1 Gasto en CLD y composición (público/privado)

En esta sección, revisamos el gasto directo de los países en CLD en varios países de la OCDE. El gasto total para CLD constituye un buen indicador de la importancia del asunto en todos los países. El Gráfico 4 muestra que existen diferencias considerables en la importancia de los CLD en países de la OCDE. El gasto es más bien pequeño en los seis países a la izquierda de la tabla, pero los CLD son un gasto considerable para la mayoría de los países. El promedio de la OCDE del 1,5% del PIB constituye, en conjunto, una buena aproximación a la realidad en la mayor parte de estos países. Los Países Bajos y Suecia se destacan debido a la cantidad relativamente grande de recursos que destinan a los CLD.

El Gráfico 5 también muestra cómo el sector público y privado comparten los gastos de CLD. Se puede ver que el gasto público predomina de manera universal, y en varios países prácticamente la totalidad del gasto es financiada por el estado. Además, hay poca relación entre la proporción del gasto en CLD perteneciente al sector público y el gasto total en CLD, ya que el gasto público es predominante en países con gastos en CLD bajos, intermedios y altos. Es solamente en Suiza que el gasto privado en CLD supone más de la mitad de todo el gasto en CLD, aunque este gasto privado también es alto en E.E. U.U. y sería posiblemente más alto según definiciones alternativas de lo que constituye el gasto en CLD. Sin embargo, el Gráfico 5 indica que, en la práctica, el gasto en CLD es, en su mayoría, responsabilidad pública.

Gráfico 5. Gasto Público y Gasto Total en CLD en países de la OCDE, % del PIB, 2008



Fuente: Colombo et al. (2011).

5.2 Cobertura

Hay varias dimensiones a considerar al evaluar la cobertura en sistemas de CLD. Una es si dedicar un solo programa o varios a los CLD. Parecería que brindar CLD a través de varios programas contribuirá a generar costos administrativos excesivos y creará confusión. Sin embargo, Chomik y MacLennan (2014) señalan una justificación para tal división, al indicar que la asistencia con las Actividades de la Vida Diaria (AVD) generalmente se separa de los servicios de salud porque cada uno supone funciones diferentes, y la separación reduce el uso de establecimientos médicos costosos para los servicios de atención que se podrían proporcionar a un costo menor en otro sitio.

Otra es que los países se diferencian en cómo suman el nivel de dependencia o necesidad de asistencia con AVDs para determinar la elegibilidad para diversos tipos de servicios dentro del sistema de CLD. En los Países Bajos, la elegibilidad se basa en si un dependiente requiere asistencia con cualquiera de seis categorías funcionales de cuidado (Schut y van den Berg, 2010). En Alemania, la elegibilidad depende del número y tipo de AVDs para los cuales el dependiente necesita asistencia, la frecuencia con la que se requiere una actividad, y la cantidad de tiempo durante la cual se requiere la ayuda (Rothgang, 2010). En Francia, la autonomía de un potencial beneficiario se agrupa en una escala única; una autonomía menor a la del umbral predeterminado

convierte a la persona en elegible para el subsidio público de CLD (Le Bihan y Martin, 2010).

Otra característica de los sistemas de CLD es si el acceso es universal o se realiza una prueba de medios para aquellos que califican con base en su necesidad de asistencia con las AVDs. En la primera, se determina la elegibilidad solamente a raíz de una evaluación de las necesidades. En la segunda, a aquellos elegibles se les puede ofrecer solamente un subsidio parcial o se espera que paguen parte de los servicios si sus ingresos o patrimonio exceden ciertos niveles. Una versión algo más extrema de la prueba de medios es cuando los programas se restringen a las personas pobres, en cuyo caso la elegibilidad exige que los activos de una persona se hayan agotado significativamente.

Además, el tipo de servicios cubiertos varía sustancialmente (Colombo et al., 2011). Algunos países tienen programas más amplios y generosos que otros. Por ejemplo, el generoso programa de CLD de Suecia puede cubrir los costos de las adaptaciones que los beneficiarios necesitan realizar al hogar, mientras que en Grecia, los beneficiarios pueden solicitar atención en un establecimiento, pero el cuidado formal en el hogar no está cubierto. En general, la cobertura de CLD típicamente incluye pagar a un cuidador, y muchos programas incluyen beneficios monetarios para apoyar a los cuidadores informales. Otra característica común es que el sector público es generalmente responsable de los riesgos catastróficos asociados a los CLD.

5.3 *Financiamiento Público*

El hecho de que los CLD presuponen un costo considerable para el público plantea la cuestión de cómo financiar los programas. La primera alternativa es a través de los impuestos generales, que se implementa en varios países donde no hay contribución específica a cambio del SCLD público y su clasificación de CLD varía. Algunos lo clasifican como parte del estado benefactor, que proporciona acceso universal a la educación, a la salud y a otros servicios sociales; algunos lo consideran un asunto de salud pública; y otros lo clasifican como un medio de reducción de la pobreza, principalmente en países que utilizan modelos de redes de protección para brindar servicios sociales a aquellos con dificultades económicas. La segunda alternativa de financiamiento es capitalizar los CLD dentro de un marco de seguro social. En este caso, un amplio segmento de la población paga contribuciones obligatorias al fondo, generalmente basadas en el empleo.

La universalidad es una característica importante de ambos programas, y posee varias ventajas: a) permite la tributación progresiva, b) soluciona el problema de la selección adversa (acumulación de riesgo a través de contribuciones obligatorias), y c) rompe con la relación entre el riesgo individual y los precios. El último punto implica que es posible que los individuos de bajo riesgo implícitamente subvencionen a personas de riesgo alto. Así, los programas públicos de CLD logran compartir el riesgo a lo largo de toda la población.

A pesar de los beneficios de tales programas, Mirrlees y Adam (2010) sostienen que reservar ingresos públicos es indeseable porque limita la flexibilidad de los presupuestos de gobierno. No obstante, algunos países recaudan fondos específicos para sistemas de pensión o CLD (como Alemania y Japón), que probablemente contribuyan a la estabilidad de los programas al bloquear los intentos de recortes de gastos en CLD.

5.4 Gastos corrientes

Excepto en los programas diseñados para las personas pobres, generalmente se espera que los beneficiarios de CLD cubran parte de los gastos. Según Colombo et. al. (2011), el reparto de gastos usualmente sigue uno de cuatro enfoques principales. En el primero, los usuarios deben agotar sus propios recursos antes de convertirse en elegibles. Por ejemplo, en E.E.U.U., quienes requieran CLD solamente pueden calificar para los beneficios de Medicaid una vez que sus activos se hayan consumido hasta cierto nivel. En el segundo modelo, utilizado en Australia y Francia, la cantidad de asistencia pública brindada al beneficiario se limita o se requiere al beneficiario realizar copagos superiores a un cierto umbral de costos. El tercer enfoque constituye una opción con tarifas uniformes en la distribución de los costos. Por ejemplo, en Corea se requiere a los usuarios pagar el 20% de los costos totales de cuidado institucional y 15% del cuidado domiciliario. El cuarto enfoque establece el nivel del copago con base en los ingresos o activos del beneficiario, como en Finlandia, donde las contribuciones personales para el cuidado institucional se fijan en un 85% de los ingresos (pensión).

En todos estos sistemas, la proporción más grande de los costos de CLD se financia de forma pública. Además, el sector público es el financista residual del cuidado porque la responsabilidad de los gobiernos generalmente aumenta a medida que la persona se vuelve más pobre.

5.5 Servicios en Especie frente a Servicios/ Opción en Efectivo

Los programas de CLD también se diferencian en si los beneficios son en especie (es decir, la prestación directa de los servicios de cuidado) o en efectivo (asociado al cuidado contratado, como en los programas de vouchers, u ofrecido a la familia de forma ilimitada). Grecia, Japón, Hungría y Portugal son ejemplos de países que se apoyan en los beneficios en especie en gran medida. Sin embargo, en la mayoría, existen ambos tipos de ventaja.

La justificación para las prestaciones monetarias es bastante clara. La preferencia por las transferencias monetarias en general está desde hace mucho tiempo arraigada en el ámbito de la economía, con base en la suposición de que las familias tienen una ventaja informativa con respecto a sus necesidades y por lo tanto asignan sus fondos de una mejor manera. Las transferencias monetarias también requieren un menor involucramiento del sector público en la prestación del servicio, y de administrarse correctamente, permiten ahorrar en costos administrativos. Algunos programas monetarios también compensan a los familiares por el cuidado que ofrecen, con el objetivo de apoyar el cuidado familiar e informal, así como de contener los costos de los programas de CLD (Da Roit y Le Bihan, 2010). Este es un aspecto importante, ya que es la familia quien mayormente proporciona este tipo de cuidado.

Los beneficios en especie pueden preferirse por dos razones. Primero, estas ventajas permiten que los administradores públicos definan y controlen los estándares de calidad de los servicios. En segundo lugar, según Campbell, Ikegami y Gibson (2010) para Japón, los programas en especie podrían evitar reforzar el papel tradicional de la mujer como cuidador familiar, lo que puede ocurrir en programas basados en efectivo. Por otra parte, los beneficios en especie restringen las opciones disponibles para los beneficiarios. En consecuencia, la asignación de cuidadores puede resultar ineficiente porque se hace ignorando completamente las preferencias de los beneficiarios.

En algunos países, las personas elegibles para CLD optan entre los subsidios en especie y en efectivo. En parte, la opción implícitamente reconoce que ambos programas poseen ventajas y desventajas. Pero más importante, el hecho de que la elección sea *decisión de los dependientes o de sus familias* supone que las partes están mejor informadas sobre el valor de las alternativas de cuidado. Es de destacar que el valor de los subsidios monetarios es a menudo menor que el costo de los beneficios en especie, reconociendo que si el usuario opta por los primeros, probablemente cuente

con fuentes de cuidado más económicas o más valoradas. Este asunto es un componente clave de nuestros resultados en la Sección 7.

Colombo et al. (2011) sostienen que existe una tendencia hacia programas de CLD más flexibles. La alternativa de los beneficios en especie es un componente clave de esta tendencia porque brinda a los beneficiarios opciones más autónomas y la posibilidad de que los servicios se ajusten a sus necesidades personales, además de que los costos pueden ser más fáciles de contener.

6. CLD en América Latina y el Caribe y Posibilidades Normativas de CLD

La mayor parte de los países en la región cuentan con instituciones y políticas para adultos mayores, y algunos han tenido avances en ciertas reglamentaciones que abarcan aspectos relacionados con los cuidados de dependencia. Sin embargo, prácticamente no existen políticas amplias sobre CLD, y la reglamentación o la prestación directa por parte del sector público es escasa (Gascón y Redondo 2014). Algunos países han progresado en intervenciones específicas, como la definición de criterios de calidad —que condujo a la autorización de establecimientos que brindan servicios de cuidado—, y la definición de programas de monitoreo y evaluación. Uruguay ha definido el Plan Nacional de Cuidados que incluye CLD (en forma de asistentes personales a personas en situación de dependencia grave mayores de 80 años), aunque sus intervenciones dan prioridad al cuidado infantil.

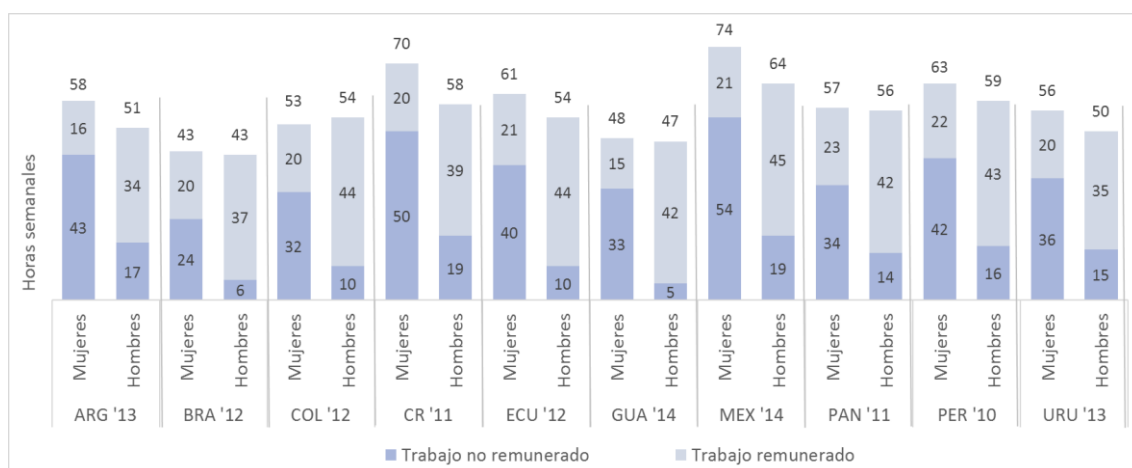
A su vez, la región carece de un mercado privado de SCLD. Además de los obstáculos analizados en la Sección 4, la región hace frente a varias dificultades adicionales. Primero, los países en América Latina y el Caribe tienen una larga historia de inestabilidad macroeconómica. Aunque muchos países han progresado notablemente en esta área, la probabilidad de grandes choques macroeconómicos en la región no debe descartarse. En vista de esta posibilidad, es probable que las personas sean precavidas al momento de invertir en una cobertura de seguro cuando dudan si una empresa aseguradora puede sobrevivir tiempo suficiente para pagar por servicios dentro de años o décadas. Una forma de atenuar este riesgo es facilitar la contratación de seguros a una edad más avanzada. Sin embargo, probablemente esto tendría un efecto importante en las primas de seguro, ejerciendo más presión en el presupuesto doméstico y disminuyendo el atractivo del SCLD.

Un informe realizado por la Organización Internacional del Trabajo (2009) indica que solamente 1% de la población mayor de 60 en la región vive en residencias para adultos

mayores, y la proporción que recibe cuidado formal en el hogar también es baja, por lo que la atención remunerada es poco frecuente y se concentra en familias con ingresos altos. Por lo tanto, los familiares son quienes más brindan el cuidado, lo que exige un tiempo y un costo sustancial dependiendo de los requisitos de atención de la persona en cuestión. El cuidado puede también afectar el presupuesto del hogar si los cuidadores necesitan renunciar a oportunidades laborales remuneradas para poder realizar la actividad de cuidado.

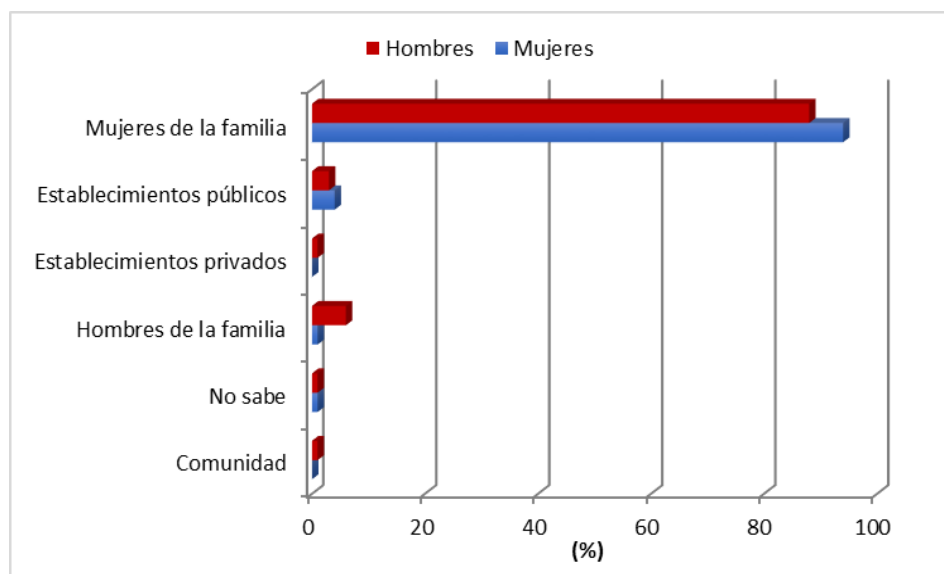
En América Latina, la responsabilidad de cuidado recae desproporcionadamente —casi exclusivamente— en las mujeres. Las encuestas sobre el uso del tiempo muestran que el volumen de tareas domésticas no remuneradas recae en las mujeres (Aguirre, 2011), y que las mismas dedican entre dos y tres veces más tiempo al cuidado de otros que los hombres (Organización Internacional del Trabajo, 2009). El Gráfico 6 confirma que si bien los hombres pasan más tiempo trabajando a cambio de un salario, en general las mujeres trabajan más, ya que su trabajo en el hogar más que compensa el menor tiempo dedicado al trabajo remunerado. Asimismo, González, Raga y Sibils (2012) establecen que las respuestas de una encuesta realizada a 544 líderes de opinión regionales indican un consenso en que la responsabilidad de cuidado recae principalmente en mujeres, como muestra el Gráfico 7.

Gráfico 6. Horas semanales dedicadas a trabajo remunerado y no remunerado



Fuente: Rico y Robles (2016)

Gráfico 7. Opiniones de hombres y mujeres sobre quién cuida a los dependientes



Fuente: González et al. (2012).

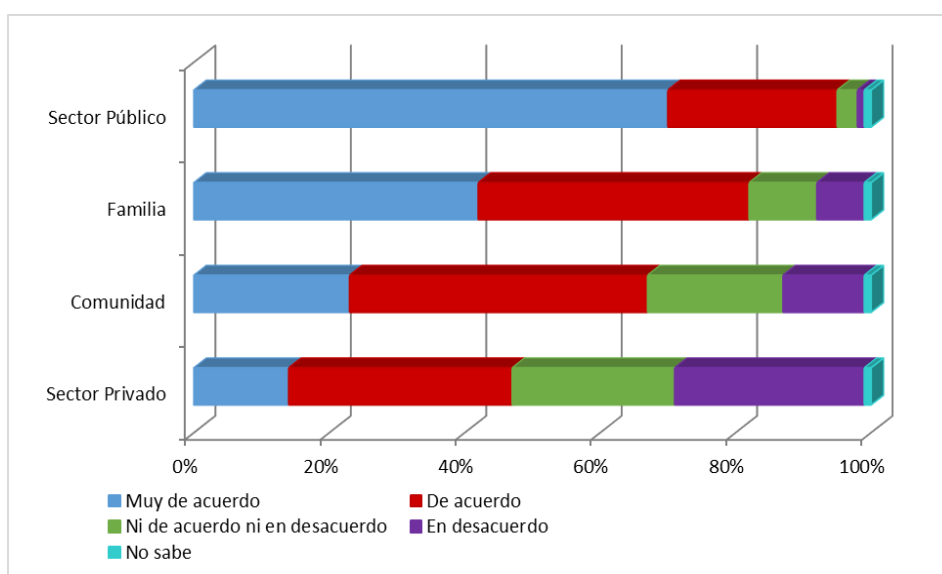
Nota: Representa las respuestas por género a la pregunta, “en su opinión, en su país de residencia, ¿quién es principalmente responsable del cuidado de personas dependientes, hombres o mujeres?” en una encuesta tomada por 544 líderes de opinión en América Latina.

Mientras que se ha documentado una creciente demanda de CLD en la región, la pregunta es si los gobiernos deberían involucrarse y cómo. Cualquier debate sobre los CLD públicos necesita abordar el tema del financiamiento. Como se analizó anteriormente, Barr (2010) argumenta que las pólizas de seguro son superiores al autoseguro y que los programas de seguro social superan a los privados, por lo que habría beneficios en instituir el seguro social. Sin embargo, desde una perspectiva de políticas públicas, los programas amplios de CLD probablemente no estarían dentro de las prioridades de América Latina por ahora. Las pensiones básicas —para asegurar que los adultos mayores eviten la pobreza— continúan como un asunto pendiente en la región, al igual que las mejoras a los sistemas de salud para alcanzar la cobertura universal e implementar políticas sanitarias para hacer frente al aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo tanto, el gasto en CLD puede considerarse un lujo comparado con los usos alternativos del gasto público. Además, el diseño de los programas CLD para los trabajadores en el sector formal que aportan al

sistema de seguridad social, como se hace en los sistemas de pensión tradicionales, excluiría a los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos que trabajan en el sector informal, dejándolos sin acceso a la seguridad social.

Por otra parte, como la población mayor crece y la necesidad de CLD se vuelve más frecuente en la región, la demanda y la rentabilidad social de estos programas incrementarán. ¿Cómo reaccionarán las autoridades responsables a este aumento en la demanda? El Gráfico 8 muestra que los líderes de opinión en la región creen que el sector público debe involucrarse en el cuidado de las personas dependientes, y se espera que las autoridades responsables de formular las políticas respondan con mayor compromiso por parte del gobierno.

Gráfico 8. Las opiniones sobre las Instituciones Asociadas al Cuidado de Dependientes



Fuente: elaborado por los autores con base en González et al. (2012).

Nota: Representa las respuestas a la pregunta, “la siguiente institución podría involucrarse en cuidado de personas dependientes...” en una encuesta realizada por 544 líderes de opinión en América Latina.

Además de la cuestión de si el gobierno *debería* lanzar programas de CLD con base en un análisis de costos y beneficios sociales, que constituye una declaración normativa, una interrogante asociada es si un gobierno *lo haría* y cuándo, lo que exige un razonamiento positivo. Como se mencionó anteriormente, se espera una postura activa

por parte del gobierno a medida que la demanda de CLD crezca. Sin embargo, varios factores en el proceso de formulación de normas pueden apresurar el desarrollo de los programas de CLD. El hecho de que la región está en etapa temprana de su transición demográfica implica que la mayor parte de los costos de programas de CLD serían diferidos, y es probable que se produzca una capitalización política a corto plazo de estos programas. Aunque otras políticas puedan tener mayor rentabilidad social, posiblemente el proceso de toma de decisiones conduzca a un cierto tipo de intervención pública con respecto al cuidado del adulto mayor en general y a los CLD en particular. Estos argumentos llevan a creer que, tarde o temprano, se implementarán programas de CLD.

Dicho esto, parece razonable que los programas comiencen a pequeña escala, debido a las restricciones fiscales y porque programas más grandes pueden requerir conocimientos técnicos previos. En particular, se espera que los programas de CLD en la región se focalicen principalmente en familias pobres y vulnerables, donde el problema de asequibilidad es mayor, al menos en las etapas iniciales. Para estos grupos, la necesidad de CLD puede entenderse como un agravante de la pobreza o del riesgo de caer en ella, por lo que estos programas encajan dentro de la prioridad de reducción de la pobreza y de protección social en la región.

En conjunto, el desarrollo de programas universales a corto plazo es inviable por motivos de restricciones de presupuesto.⁵ Sin embargo, los países de la región han logrado con éxito implementar programas de reducción de pobreza. El objetivo ahora es analizar cómo los programas de CLD para las personas pobres y vulnerables (o cualquier otro subgrupo de la población) podrían estructurarse y qué limitaciones tendrían. No se utiliza ningún umbral específico para la pobreza o la vulnerabilidad, de manera que los puntos principales del análisis que sigue pueden aplicarse a poblaciones más grandes o pequeñas, con base en la línea de la pobreza establecida para un país en particular.

6.1 Diseñar Programas de CLD viables y focalizados

El diseño de cualquier programa focalizado requiere tres elementos centrales. El primero es el mecanismo de focalización para identificar quién debería recibir beneficios y quién

⁵ Matus y Cid (2015) realizan algunas estimaciones básicas para Chile y muestran que un programa muy simple de proveedores de cuidado domiciliario costaría cerca del 0,5% del PIB, y otras valoraciones en Uruguay sugieren que el costo de un sistema de CLD puede acercarse al 0,7% del PIB. Mientras que los países en la región gastan cantidades comparables en programas contra la pobreza (como las transferencias monetarias condicionadas), es probable que otros programas sociales tales como pensiones básicas compitan con los CLD a corto plazo, lo que obstaculizaría las proyecciones de programas universales de CLD.

no, por ejemplo, basado en la accesibilidad a los servicios de CLD. Dado que la riqueza inherente de una persona es un factor en gran parte inobservable, las autoridades deben apoyarse en características observables y comprobables, tales como los ingresos, la edad, activos y situación en el mercado laboral, así como evaluar errores de inclusión y exclusión— la elegibilidad de personas que no deberían haber recibido los beneficios y la no admisibilidad de aquellos que sí.

En América Latina y el Caribe, el alto grado de informalidad evita las pruebas de medios, que se llevan a cabo en países desarrollados. Sin embargo, la mayoría de los países de la región implementan las transferencias monetarias condicionadas a los hogares pobres, y la elegibilidad se basa en las pruebas de aproximación de medios. Éstas son mejoras en los mecanismos de focalización alternativos, pero los desafíos de focalización permanecen.⁶ En conjunto, la aptitud de las características específicas para evaluar asequibilidad varía extensamente en distintos países, y la evaluación debería hacerse caso por caso. Como alternativa, se podría considerar implementar programas de CLD como complemento a programas de pensiones no contributivas existentes o en desarrollo en varios países en la región, que ya se están focalizando en los adultos mayores más pobres. Esta alternativa requeriría un análisis minucioso sobre los potenciales beneficiarios de los programas de CLD, ya que la mayoría de los programas no contributivos se focalizan en las personas más pobres y hay posibles grupos que no califican para esos programas pero que probablemente no puedan permitirse contratar un servicio de CLD.⁷

Un segundo elemento de cualquier programa de CLD es una evaluación del nivel de dependencia de un potencial beneficiario, que varía según los estándares definidos en cada país y distingue a los CLD de los programas genéricos de apoyo a los ingresos. Por lo tanto, los programas bien diseñados requieren una evaluación objetiva y transparente del beneficiario y la participación de varios agentes, como los sistemas de cuidado de la salud.

⁶ Un asunto últimamente presente en la literatura sobre la focalización y las TMC son los potenciales efectos disuasorios de conseguir empleo en el sector formal (Ibarrarán et al., 2017). Focalizar los CLD con estas herramientas podría potencialmente exacerbar el efecto disuasorio si los sistemas de CLD no contributivos fueran comparables a los servicios de CLD contributivos. No obstante, la carencia de servicios de CLD (contributivos y no contributivos) sugiere que esto sería un problema al comienzo de los sistemas de CLD. Esto, sin embargo, es un aspecto importante a considerar en el diseño de un sistema de CLD (quién recibe los beneficios y evitar la fragmentación en la prestación del servicio).

⁷ Son algunos aspectos de asuntos que ameritan futuros análisis. Sin embargo, una consideración completa de las alternativas y desafíos de implementación va más allá del alcance de este documento.

La estructura de la intervención pública constituye en sí misma el tercer elemento central. La primera opción es que los programas subvencionen el financiamiento de un fondo de seguros (ex-ante) o cubran los gastos a medida que se realizan (ex-post). Con los fondos ex-ante, los gobiernos subvencionan la demanda de SCLD privados. Sin embargo, como se analizó anteriormente, los mercados actuariales de seguros no han resultado eficaces para proteger contra los riesgos asociados a los CLD (Barr, 2010), y el seguro ex-ante cubriría a la siguiente generación de adultos mayores, pero no a la actual. Además, dependiendo del mecanismo de focalización, no está claro qué sucede si se pierde la elegibilidad, aunque no es necesariamente un inconveniente, ya que una evaluación a largo plazo del nivel de vida puede limitar el comportamiento oportunista. La cobertura ex-ante puede ser una herramienta atractiva para reducir el gasto público futuro en CLD si se combina con un subsidio parcial. No obstante, es probable que se ajuste mejor a los hogares con ingresos altos, pues los copagos suelen desalentar a las personas con ingresos bajos. Por estas razones, conceder subsidios ex-post en caso de necesitar CLD es presumiblemente un elemento más adecuado si los programas de CLD se diseñan para las personas pobres.

La segunda característica a decidir de la intervención pública es la combinación de los subsidios en especie y en efectivo que sea conveniente para los programas de CLD focalizados en la pobreza en países de América Latina y el Caribe. Si se tiene en cuenta el análisis de la Sección 5, los programas que conceden subsidios en efectivo parecen apropiados para alcanzar la doble meta de proporcionar atención y de aliviar la carga financiera en las familias pobres. Por otra parte, puede haber casos en los cuales las transferencias monetarias sean insuficientes para brindar el cuidado adecuado, por ejemplo, si es demasiado complejo para ser proporcionado por parte de los familiares y prohibitivo para ellos. Si fuera el caso, es recomendable dar a las familias la oportunidad de optar por los subsidios en especie: si éstas difieren en la valoración de estos beneficios, solo aquellas con la valoración más alta optarán por ellos, mientras que las familias con valoración más baja preferirán subsidios en efectivo. Esto implica que algunas familias incluso estarían dispuestas a aceptar transferencias monetarias de un valor menor al costo del servicio en especie equivalente. Para el gobierno, es probable que incorporar esta opción al diseño del programa implique un costo fiscal más pequeño, puesto que los costos pueden fijarse a un valor menor al de los servicios en especie y están ciertamente por debajo de los costos de un modelo basado en el cuidado residencial. La siguiente sección está dedicada a los efectos de bienestar que estas características de diseño alternativas suponen.

7. Prestación de CLD: un modelo simple

En esta sección, desarrollamos un modelo simple para centrar el análisis de este documento en algunas características del sistema CLD. Nuestro modelo considera solamente algunas de las dimensiones que se analizan en la Sección 5, esto es, la distinción de los servicios en especie y en efectivo en el contexto de un programa de CLD focalizado. Por ejemplo, no estudiamos específicamente el financiamiento del programa (que presumiblemente se basaría en impuestos generales, ya que se focaliza en una población específica). Nuestro modelo tiene como objetivo ofrecer resultados en dos aspectos principales. Primero, se busca contestar qué tipo de subsidio es más adecuado para las personas pobres y vulnerables, si las transferencias monetarias o los servicios en especie. En segundo lugar, ya que las restricciones de presupuesto son un factor limitante importante, el modelo pretende identificar cómo impulsar la rentabilidad de este tipo de programa. Para el resto de esta sección, se supondrá que población de beneficiarios ya ha sido seleccionada y retomaremos el tema de quién debería estar cubierto por programas públicos de CLD en la siguiente subsección.

Para comenzar, suponemos que cada familia se compone de la siguiente manera: un individuo necesita una cantidad x de cuidado. x se puede pensar como las horas de cuidado necesitadas en un determinado intervalo de tiempo; cuan mayor sea x , mayor será la atención que el miembro dependiente de la familia requiera. En un modelo más complicado, podríamos asignar una distribución de probabilidad a x , $F(x)$ con soporte $[0, \omega]$, donde ω es la edad de los miembros mayores de la sociedad. Además, se puede suponer $F(0) > 0$, es decir, que existe una masa de individuos que prácticamente no requerirán cuidado.

La familia puede ofrecer cuidado adquiriendo x_m unidades de cuidado del mercado a un precio w_m o puede proporcionar x_f unidades de cuidado ella misma. Se supone que x_m y x_f son sustitutos perfectos. Este sería el caso si el cuidado consistiera principalmente en actividades diarias tales como el baño o desplazarse por la casa. Por lo tanto, aquí no abordamos tareas más complejas como la kinesiología o la asistencia médica que requiera cuidadores profesionales.

La utilidad se define a nivel familiar y depende de los ingresos disponibles, y de la utilidad proporcionada por el tiempo libre. El ingreso familiar es el producto de la fuente de trabajo l y el salario de mercado w_i ; para obtener los ingresos disponibles, se debe restar el costo de cuidado del ingreso total. Se supone que el salario de mercado es diferente para cada familia, de modo que es posible estudiar los cambios de comportamiento en

diversos grupos de ingresos. Para hacerlo sencillo, se supone que la función de utilidad tiene la siguiente forma Cobb-Douglas

$$u = \alpha \ln Y + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f)$$

sujeta a la siguiente restricción presupuestal:

$$Y = l w_l - x_m w_m$$

donde Y es el ingreso disponible y L(.) expresa la prima de utilidad que ofrece el tiempo libre. Obsérvese que el argumento de L(.) es la cantidad de tiempo que se pasa cuidando a un familiar o trabajando, por lo que se espera que L(.) sea una función decreciente. Bajo la suposición de que L(.) es dos veces diferenciable, se imponen las siguientes condiciones $L'(\cdot) < 0$ y $L''(\cdot) < 0$. Estas condiciones implican que el costo de trabajo aumenta más que proporcionalmente. Nótese que ya que L(.) es decreciente cóncava, por lo que la utilidad quede indefinida si su argumento es demasiado grande. Por lo tanto, se supone que hay un valor \bar{l} tal que $L(\bar{l}) = 0$ y se impone $l + x_f \leq \bar{l}$. Este valor se puede interpretar como la cantidad máxima de tiempo disponible en el día para

trabajar o proveer cuidado (por ejemplo, 24 horas al día). Dado que $\lim_{l+x_f \rightarrow \bar{l}} u = -\infty$, se puede asegurar que esta última restricción no será obligatoria. Finalmente, se asume que todos los valores posibles de x satisfacen $x < \bar{l}$, lo que asegura que existe una solución. Entonces, se puede definir el problema de maximización de utilidad (PMU) de

la familia como
$$\max_{l, x_f, x_m, Y} \alpha \ln Y + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f)$$

$$\begin{aligned} \text{s. t. } Y &= l w_l - x_m w_m \\ x &\leq x_m + x_f \\ l + x_f &\leq \bar{l} \end{aligned}$$

Este problema se puede reescribir como el siguiente lagrangiano

$$\max_{l, x_f, x_m, \lambda_x, \lambda_l} \alpha \ln(l w_l - x_m w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x_m + x_f - x) + \lambda_l (\bar{l} - l - x_f)$$

Las condiciones de primer orden (CPO) de este problema son

$$\frac{\partial \mathbb{L}}{\partial l} = \frac{\alpha}{Y} w_l + \frac{1-\alpha}{L} L'(\cdot) \leq 0; \quad l \geq 0; \quad l \left(\frac{\alpha}{Y} w_l + \frac{1-\alpha}{L} L'(\cdot) \right) = 0 \quad (1)$$

$$\frac{\partial \mathbb{L}}{\partial x_f} = \frac{1-\alpha}{L} L'(\cdot) + \lambda_x \leq 0; \quad x_f \geq 0; \quad x_f \left(\frac{1-\alpha}{L} L'(\cdot) + \lambda_x \right) = 0 \quad (2)$$

$$\frac{\partial \mathbb{L}}{\partial x_m} = -\frac{\alpha}{Y} w_m + \lambda_x \leq 0; \quad x_m \geq 0; \quad x_f \left(-\frac{\alpha}{Y} w_m + \lambda_x \right) = 0 \quad (3)$$

$$\frac{\partial \mathbb{L}}{\partial \lambda_x} = x_m + x_f - x \geq 0; \quad \lambda_x \geq 0; \quad \lambda_x (x_m + x_f - x) = 0 \quad (4)$$

$$\frac{\partial \mathbb{L}}{\partial \lambda_l} = \bar{l} - l - x_f \geq 0; \quad \lambda_l \geq 0; \quad \lambda_l (\bar{l} - l - x_f) = 0 \quad (5)$$

Como se mencionó anteriormente, nuestros supuestos aseguran que $\bar{l} > l + x_f$, por lo que se hará caso omiso de la CPO (5).

La solución a este problema depende de los parámetros relevantes para la familia en cuestión. El siguiente resultado muestra que la decisión de contratar un servicio de cuidado o que lo proporcione la familia depende crucialmente de la relación entre w_m y w_l .

Resultados:

- (i) Si se supone que el salario de mercado para una familia es más alto que el costo de adquirir un servicio de cuidado en el mercado: $w_l > w_m$; entonces $x_f = 0$, la familia no brinda ningún tipo de cuidado directo y adquiere el necesario del mercado $x_m = x$.
- (ii) Si se supone que el salario de mercado para una familia es más bajo que el costo de adquirir un servicio de cuidado en el mercado: $w_l < w_m$; entonces $x_m = 0$, la familia no adquiere servicios de cuidado y brinda la totalidad del cuidado necesario $x_f = x$.
- (iii) Si se supone que el salario del mercado para una familia es equivalente al costo de adquirir servicios de cuidado en el mercado: $w_l = w_m$; entonces $x_m \geq 0$ y $x_f \geq 0$, la familia puede adquirir servicios en el mercado, proveerlos directamente, o ambos, con $x_m + x_f = x$.

Pruebas. Primero, obsérvese que la función Cobb-Douglas implica que los ingresos disponibles deben ser positivos y por lo tanto, también debe serlo l . Esto implica que la primera columna de (1) es una igualdad estricta.

Para probar (i), se requiere suponer lo contrario y expresar la primera columna de (1) y (2) como igualdades estrictas. Luego, al sustituir esto en la primera columna de (3) se

contradice la suposición $w_f > w_m$. Para probar (ii), se repite el proceso expresando la primera columna (1) y (3) como igualdades estrictas y sustituyéndolo en (2). Nuevamente, esto resultará en una contradicción.

Para probar (iii), se requiere suponer $w_f = w_m$. Dado que $x > 0$, al menos uno de x_f , x_m debe ser positivo. Al suponer $x_f > 0$ y expresar las primeras columnas de (1) y (2) como igualdades estrictas, se sigue que la primera columna de (3) es también una igualdad. Por lo tanto, x_m puede ser positivos. La lógica análoga se mantiene al suponer $x_m > 0$.

Nuestros resultados indican que la elección entre el cuidado familiar y el cuidado que ofrece el mercado depende de la relación entre el salario de la familia y el costo de adquirir un servicio de cuidado en el mercado. Las familias cuyo miembro menos productivo perciba un salario más alto que el costo de contratar un servicio de cuidado recurrirán a las ofertas del mercado, mientras que familias más pobres proporcionarán el cuidado ellas mismas. Esto es porque las familias con salarios bajos tienen costos de oportunidad más bajos para brindar cuidado, por lo que prefieren hacerlo ellas mismas. Al hacerlo, es como si la familia pudiese recibir un salario w_m por las primeras x unidades de trabajo.

En cambio, las familias con ingresos altos contratarían a cuidadores y tendrían un empleo remunerado. En el resto de esta sección, se hará referencia a aquellos con $w_f > w_m$ como “los ricos” y $w_f < w_m$ como “los pobres.” Esto es simplificar demasiado; de hecho, “los ricos” no son necesariamente ricos— solo están económicamente mejor comparado a la población en cuestión, y pueden percibir un salario más alto que el costo de los servicios de cuidado en el mercado. Si se supone una restricción del universo de familias en consideración a aquellas elegibles según los criterios de las pruebas de aproximación de medios, difícilmente se esperaría que alguna de las familias fuese realmente rica. Por lo tanto, los términos “rico” y “pobre” serán utilizados para determinar la riqueza *relativa*.

El hecho de que la mayoría de las familias elijan solamente un tipo de cuidado se deriva de que el cuidado familiar es un sustituto perfecto del cuidado que ofrece el mercado y que la desutilidad del cuidado familiar es igual a la del trabajo remunerado. Se podría agregar la sustitución imperfecta entre el cuidado familiar y el cuidado que ofrece el mercado. Además, podría suponerse que la productividad del cuidado familiar es decreciente, por ejemplo, debido a que el cuidado que el paciente necesita se vuelve más complejo o algunas unidades de cuidado son especializadas y requieren ser adquiridas en el mercado (rehabilitación o servicios que deben ser provistos por

enfermeras certificadas, por ejemplo). En estos casos, la probabilidad que las familias opten por una combinación de cuidado del mercado y familiar sería mayor. Sin embargo, el principio de que las familias más ricas se apoyarían más en el cuidado del mercado y familias más pobres en el cuidado familiar todavía se sostiene, por lo que hay poco aprender de relajar estos supuestos en nuestro modelo. El asunto se analiza con mayor profundidad en la siguiente subsección.

Luego se incluyen los subsidios públicos, primero estudiando el efecto de los subsidios en especie. Se supone que la familia recibe s unidades de cuidado, $s \leq x$. También se supone implícitamente que la institución que concede el subsidio puede observar el valor x . Esta suposición es plausible, puesto que el valor x posiblemente se pueda inferir al examinar el nivel de dependencia del beneficiario. No obstante, no se supone ninguna estructura particular para s , aunque podría ser un valor fijo para todas las familias o podría depender de x (pero no de x_m o x_f). Haremos caso omiso de la restricción $\bar{T} \geq l + x_i$, ya que sabemos que no es obligatoria. Ahora el PMU es

$$\max_{l, x_f, x_m, \lambda_x} \alpha \ln(l w_l - x_m w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x_m + x_f - (x - s))$$

Obsérvese que la estructura del problema se encuentra básicamente inalterada. Lo único que se ha hecho es reducir la cantidad de cuidado que el dependiente requiere. Sin embargo, la elección de cómo proporcionarlo no ha cambiado. Esto se expresa formalmente en el siguiente resultado.

Resultado. En presencia de un subsidio en especie $s \leq x$, donde aún se deba proporcionar $x - s \geq 0$, los resultados (i), (ii), y (iii) se mantienen.

Pruebas. Sea $x' = x - s$. Se puede definir el PMU como

$$\max_{l, x_f, x_m, \lambda_x} \alpha \ln(l w_l - x_m w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x_m + x_f - x')$$

que es análogo al problema anterior, por lo que los resultados (i), (ii), y (iii) se mantienen.

Entonces, ¿cuál es el efecto del subsidio? Las familias pobres ahora deben proporcionar menos cuidado ellas mismas; por lo tanto, el costo marginal del trabajo es más bajo. Esto implica que pasan más tiempo trabajando a cambio de un salario, por lo que pueden acomodar el tiempo adicional disponible entre más ocio y más ingresos disponibles. Las familias ricas deben ahora pagar por menos cuidado ellas mismas, liberando parte de sus ingresos. Dado que la utilidad marginal de los ingresos es

decreciente, su comportamiento se ajusta al reducir la carga laboral y disfrutar de más tiempo libre.

Luego se supone que el subsidio es en efectivo. Para mantener ambos tipos de subsidios comparables, se supone que el subsidio es $S = s * w_m$, es decir, el subsidio equivale al costo del subsidio en especie concedido anteriormente, siendo así el mismo para todas las familias. Ahora el PMU está dado por

$$\max_{l, x_f, x_m, \lambda_x} \alpha \ln(l w_l + S - x_m w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x_m + x_f - x)$$

Una vez más, la estructura del problema no ha cambiado demasiado y los resultados (i), (ii), y (iii) también se mantienen.

Resultado. En presencia de un subsidio en efectivo S donde $S \leq s * w_m$, los resultados (i), (ii), y (iii) se mantienen.

Pruebas. Obsérvese que, en la primera prueba, los resultados dependen solamente de la relación entre w_l y w_m . Aunque el subsidio desempeña un papel en las CPO, este efecto se compensa en el ajuste de las utilidades marginales. Por lo tanto, los resultados (i), (ii) y (iii) se mantienen.

Si las reglas en base a las cuales las familias toman decisiones no han cambiado, ¿cómo difiere el subsidio en efectivo del subsidio en especie? Un aspecto en el cual los dos regímenes se diferencian es en su efecto sobre la oferta laboral. Se ha visto que las familias pobres respondieron al subsidio en especie trabajando más porque el cuidado redujo la desutilidad marginal del trabajo. En el caso de subsidios en efectivo, sin embargo, las familias pobres reducen su oferta laboral. Esto es porque los ingresos aumentan a raíz del subsidio y, por lo tanto, la utilidad marginal del trabajo baja. En consecuencia, las familias pobres responden al subsidio en efectivo trabajando menos comparado a cuando no reciben subsidio alguno. Lo mismo sucede para las familias ricas: el aumento de ingresos reduce la utilidad marginal del trabajo, por lo que disminuye la oferta laboral.

Otra dimensión interesante es el cambio en el bienestar que ambos tipos de políticas de subsidio conllevan. Para las familias ricas, las políticas se diferencian en la cantidad de cuidado que ellas mismas contratan. En el subsidio en especie, contratarían $x - s$ unidades de cuidado, mientras que contratan x unidades con los subsidios en efectivo. Se puede probar que esta diferencia de comportamiento no implica ningún cambio en el bienestar.

Resultado. Para las familias con $w_l > w_m$, un subsidio en especie s y un subsidio en efectivo $S = s w_m$ son equivalentes en términos de bienestar.

Pruebas. Se comienza con el PMU cuando hay un subsidio en efectivo. Al sustituir $S = s w_m$ tenemos

$$\max_{l, x_f, x_m, \lambda_x} \alpha \ln(l w_l + S - (x_m - s) w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x_m + x_f - x)$$

Sea $x'_m = x_m - s$ la cantidad de cuidado contratada adicional a las s unidades que están subvencionadas. Se puede reescribir el problema como

$$\max_{l, x_f, x'_m, \lambda_x} \alpha \ln(l w_l + S - x'_m w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x'_m + x_f - (x - s))$$

Si se impone la restricción $x'_m \geq 0$, este problema es igual al PMU con un subsidio en especie. Sea U^*_{ik} la solución al PMU con un subsidio en especie y U^*_{ic} sea la solución al PMU con un subsidio en efectivo. Dado que agregar una restricción al PMU con un subsidio en efectivo resulta en un PMU con un subsidio en especie, debe de ser cierto que $U^*_{ic} \geq U^*_{ik}$.

Ahora, se comienza con el PMU con un subsidio en especie, y se define $x''_m w_m = x_m w_m + S$ como el costo total de cuidado para una familia. Dado que $S = s w_m$, $x''_m = x_m + s$, al sustituir estos en el PMU con un subsidio en especie se obtiene

$$\max_{l, x_f, x''_m, \lambda_x} \alpha \ln(l w_l + S - x''_m w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x''_m - s + x_f - (x - s))$$

Si se simplifica la restricción, se obtiene

$$\max_{l, x_f, x''_m, \lambda_x} \alpha \ln(l w_l + S - x''_m w_m) + (1 - \alpha) \ln L(l + x_f) + \lambda_x (x''_m + x_f - x)$$

Si se agrega la restricción de que $x''_m \geq 0$, obtenemos el PMU con un subsidio en efectivo. Dado que el PMU con un subsidio en efectivo se ha escrito como un PMU con un subsidio en especie y una restricción, debe ser cierto que $U^*_{ic} \leq U^*_{ik}$.

Dado que $U^*_{ic} \geq U^*_{ik}$ y $U^*_{ic} \leq U^*_{ik}$, debe ser cierto que $U^*_{ic} = U^*_{ik}$.

Se ha demostrado que las familias ricas son indiferentes entre ambos tipos de subsidios. La razón es que el cuidado se ofrece al precio de mercado independientemente de la forma de subsidio.

Para las familias pobres, sin embargo, el tipo de subsidio sí afecta el tipo de cuidado provisto. En el caso del subsidio en efectivo, el cuidado se brinda en su totalidad por

parte la familia. En cambio, en el caso del subsidio en especie, solamente una parte del cuidado es proporcionada por la familia. Se puede probar que la imposición de esta restricción hace que las familias pobres estén peor económicamente con el subsidio en especie en comparación con el subsidio en efectivo, pues renuncian al excedente creado por el diferencial $w_m - w_l > 0$.

Resultado. Para las familias con $w_l < w_m$ es preferible un subsidio en efectivo S a un subsidio en especie $s = S / w_m$.

Pruebas. Sea l', x'_f, x'_m la solución al PMU con un subsidio en especie. Porque los resultados (i), (ii), y (iii) se mantienen, $x'_m = 0$ y $x'_f = x - s$. Se define U^*_{ik} como el nivel de utilidad alcanzado por esta combinación.

Después, se observa el PMU con un subsidio en efectivo. Si se agrega la restricción $x_m \geq s$, la solución al problema será $l'' = l'$, $x''_m = s$, $x''_f = x'_f$, resultando en el mismo nivel de utilidad $U''_{ic} = U^*_{ik}$. Esto demuestra que una canasta que resulte en la misma utilidad que antes es alcanzable. Sin embargo, cuando se ignoramos la restricción $x_m \geq s$, se conocen los cambios de elección debido al resultado (ii), por lo que el nivel máximo de utilidad debe ser más alto. Por lo tanto, cuando $w_l < w_m$, debe ser que $U^*_{ic} > U^*_{ik}$.

El resultado anterior demuestra que las familias pobres prefieren los subsidios en efectivo a los subsidios en especie. La razón es que, a diferencia de lo que sucede con las familias ricas, los subsidios en especie sí afectan el precio al cual las familias pobres brindan cuidado. Para las familias pobres, el costo de proporcionar cuidado ellas mismas es más bajo que el precio de mercado, lo que genera una ganancia en términos de utilidad. Esto no debería sorprender, ya que, como demuestra la prueba anterior, es solamente una aplicación del teorema de preferencia revelada.

Nuestros resultados muestran que los subsidios en efectivo son tan buenos como los subsidios en especie para las familias ricas y mejores para las familias pobres. La pregunta es entonces si existe alguna justificación para los subsidios en especie. Ahora se demuestra que cuando las familias tienen valoraciones diferentes para el subsidio en especie, un conjunto de contratos con opciones en los que por un lado se proporcione subsidios en especie y por otro subsidios en efectivo, puede lograr el mismo efecto del bienestar que un programa solamente en especie pero a un costo más bajo. Ahora, se hará referencia a aquellos con $w_l < w_m$ como las “familias con valoración baja” y a $w_l > w_m$ como “familias con valoración alta.”

Obsérvese que en nuestro modelo la valoración diferente para el subsidio en especie se debe a diferencias en el nivel de ingresos, ya que es más probable que las familias que reciben menos tengan un salario menor a la transferencia monetaria. Sin embargo, al interpretar los resultados, se hará énfasis en las diferencias en la valoración, no en el nivel de ingresos de las familias, pues estos resultados se aplican a *cualquier* fuente de heterogeneidad en la valoración. Por ejemplo, la valoración de los servicios en especie se podía relacionar con la complejidad del cuidado requerido, con familias que prefieren servicios en especie para cuidados más difíciles. Se retomará el asunto en la siguiente subsección.

Resultado. Sea $U_{ic}(S)$ la función de utilidad indirecta con un subsidio en efectivo S y $U_{ik}(s)$ sea la función de utilidad indirecta con un subsidio en especie $s = S / w_m$. Para las familias con $w_l < w_m$, existe un *único* $S^* < S$ de manera que $U_{ic}(S^*) = U_{ik}(s)$.

Pruebas. Se comienza demostrando que $U_{ic}(S)$ es una función creciente de S . Obsérvese que

$$U_{ic}(S) = \alpha \ln(l' w_l + S) + (1 - \alpha) \ln L(l' + x'_f)$$

Donde l' , x'_f son soluciones al PMU. El análisis anterior supuso que para $w_l < w_m$, $x'_f = x$ y l' satisficieron la primera columna de CPO (1) con igualdad. Ahora, se diferencia $U_{ic}(S)$ con respecto a S

$$\frac{dU_{ic}(S)}{dS} = \frac{\alpha w_l}{l' w_l + S} \frac{\partial l'}{\partial S} dS + \frac{\alpha}{l' w_l + S} dS + \frac{(1 - \alpha)}{L(l' + x'_f)} L'(\cdot) \left(\frac{\partial l'}{\partial S} + \frac{\partial x'_f}{\partial S} \right) dS$$

dado que x'_f es independiente de S , $\partial x'_f / \partial S = 0$. Además, debido a CPO (1), el primer y el tercer término suman cero. Por lo tanto,

$$\frac{dU_{ic}(S)}{dS} = \frac{\alpha}{l' w_l + S} dS > 0$$

Ahora, obsérvese que $U_{ic}(S) > U_{ik}(s) > U_{ic}(0)$ y la función de utilidad indirecta es continua. Por lo tanto, debe de existir algún valor $S^* \in (0, S)$ de manera que $U_{ic}(S^*) > U_{ik}(s)$. Además, dado que $U_{ic}(\cdot)$ es estrictamente creciente, S^* es único.

Este resultado implica que las familias con valoración baja están dispuestas a aceptar un descuento a cambio de que el subsidio sea en efectivo. Las familias con valoración alta, sin embargo, no están dispuestas porque son indiferentes entre los dos tipos de subsidios mientras su valor en términos de unidades de mercado sea el mismo. La

esencia de este resultado no proviene el hecho de que diferentes familias tengan diferentes niveles de ingresos; sino que se debe a que las familias tienen una *valoración* diferente del subsidio en especie. Debido a que las familias con valoración baja pueden proporcionar cuidado a un costo más bajo, su valoración del subsidio en especie es baja. Naturalmente, lo contrario es cierto para las familias con $w_i > w_m$.

Este resultado se puede incorporar directamente al diseño de los contratos con opciones. Un contrato, diseñado para aquellos con la valoración más alta del cuidado, incluiría un subsidio en especie, mientras que el otro ofrecería una transferencia monetaria de menor valor. Puesto que las familias con valoración alta utilizarían el subsidio en efectivo para adquirir servicios de cuidado, elegirían el subsidio en especie al ser más valioso para ellas. Las familias con valoración baja, sin embargo, elegirían el subsidio en efectivo porque su valor es mayor que el costo de ofrecer el cuidado ellos mismos. Nuevamente, esta clase de resultado ha sido extensamente estudiada en el ámbito de la economía: constituye la aplicación de un monopolio discriminador donde la valoración del producto es inobservable.

7.1 Análisis

Se ha construido un modelo simple y manejable para determinar el efecto de diversas variables en la decisión de cómo proporcionar cuidados. Nuestro modelo indica que el tipo de cuidado brindado depende crucialmente del nivel de ingresos de la familia. Esto es porque el costo de oportunidad de brindar cuidado para las familias pobres es bajo, y por lo tanto eligen hacerlo ellas mismas. Para quienes se encuentran en mejor posición económica, sin embargo, tiene más sentido trabajar a cambio de un salario y gastar ese dinero en contratar servicios de cuidado.

Desde un punto de vista práctico, la relación positiva entre la pobreza y la preferencia por subsidios en efectivo tiene una clara implicación normativa, ya que el efecto de bienestar sobre las personas pobres se maximiza cuando pueden optar por esta alternativa. Los programas de CLD para las personas pobres, por tanto, hacen lo correcto al apoyarse fuertemente en transferencias monetarias. Además, cuando las familias difieren en su valoración del cuidado, ofrecer una lista de opciones de subsidio conduce a ahorros en el costo total de programas de cuidado. Esto es porque la preferencia estricta por subsidios en efectivo implica una disposición a aceptar un descuento por la opción en efectivo. Ya que se espera que las inquietudes de tipo fiscal estén entre las restricciones más importantes para los programas públicos de CLD en la región, este tipo de resultado resultará valioso para los hacedores de políticas. Las

experiencias de los países desarrollados demuestran que la mayoría de los sistemas de CLD que ofrecen prestaciones monetarias con descuento son consistentes con este simple modelo.

Nuestros resultados indican algunos puntos principales en los cuales continuar profundizando, en primer lugar, la preferencia por los subsidios en efectivo. Esta preferencia no es una sorpresa, ya que la inclinación hacia las transferencias de suma fija se encuentra arraigada en el ámbito de la economía. En el contexto de nuestro modelo, la motivación detrás de la coexistencia de subsidios en efectivo y en especie no es trivial, puesto que permiten un diseño de selección que sería imposible con solamente uno de los subsidios y contribuiría a la reducción del costo total del programa. Se ha sostenido que las familias pobres tienen una preferencia estricta por el efectivo, lo que implica una disposición a aceptar un descuento, y naturalmente se traduce en el ahorro de costos.

En la práctica, sin embargo, en general los gobiernos son más proclives a optar por los subsidios en especie por otras razones. Por ejemplo, el público en general puede ser más receptivo hacia las políticas en especie que hacia las que son en efectivo debido a preferencias paternalistas, la desconfianza del uso del dinero por parte de los receptores del subsidio en efectivo, o una visión de que el cuidado en especie se rige por normas más estrictas y es de mejor calidad que el cuidado que se adquiere en el mercado. Para abordar el tema de la calidad de la atención, muchos países ofrecen programas de capacitación y apoyo a cuidadores familiares. Además, el gobierno, o cualquier otra institución a cargo de contratar servicios de cuidado, podría recibir importantes descuentos al adquirir servicios de cuidado en grandes cantidades. En cualquier caso, considerar los mecanismos descritos en la sección anterior en el diseño de la política será un elemento vital para asegurar la rentabilidad.

En nuestro modelo, las diferencias en la valoración son el resultado de las diferencias en los niveles de ingresos. Por lo tanto, los lectores pueden preguntarse por qué diseñaríamos una alternativa con opciones para los que pueden realmente permitirse adquirir el servicio ellos mismos. Anteriormente se asumió que la población beneficiaria ya había sido seleccionada, por lo que los ingresos altos son relativos a la población elegible. Por ejemplo, las familias elegibles podrían adquirir servicios de cuidado en el mercado, pero a un costo alto, que sería catastrófico para su presupuesto total. Además, el modelo proporciona aportes útiles si agregamos a personas con niveles de ingresos

diferentes, pues presenta una dimensión que resulta útil desde un punto de vista analítico.

El efecto de los diferentes niveles de ingresos de las familias implica que éstas tienen diversas *valoraciones* de los servicios en especie. Aquellas con ingresos más altos no prefieren subsidios en especie porque son ricos por sí mismos, sino porque tienen una valoración más alta de este servicio. No obstante, aquellas con ingresos bajos prefieren subsidios en efectivo porque tienen una valoración más baja de los subsidios en especie. Nuestro hallazgo de que los contratos con opciones permiten costos del programa más bajos son robustos para cualquier fuente de diferenciales en la valoración. Por ejemplo, si las familias valoraran los servicios en especie de manera diferente por razones clínicas (ej., diversos grados de discapacidad o complejidad del tratamiento), sociales (ej., renuencia a aceptar el cuidado familiar), o económicas, el resultado de ahorro de costos prevalecería. Este resultado es análogo a un monopolio discriminador que no observa la valoración individual por el producto que proporciona; en su lugar, contar con un sistema de contratos con opciones permite que las familias seleccionen ellas mismas las categorías con base en las diferencias en la valoración.

Otro de los resultados fue que familias más ricas y más pobres respondieron de forma diferente a los subsidios en especie debido a limitaciones del presupuesto doméstico. Mientras que los subsidios en especie flexibilizaron las restricciones de presupuesto para familias en mejor situación económica, las familias pobres se beneficiaron de la flexibilización de las restricciones de tiempo. Por lo tanto, las primeras decidieron trabajar *menos* como resultado de un efecto ingreso, mientras que las últimas optaron por trabajar *más* en respuesta a la disminución de la desutilidad del trabajo. Sin embargo, en el caso de los subsidios en efectivo, ambos tipos de familias tuvieron el mismo efecto ingreso y respondieron trabajando menos.

Se debe tomar en cuenta que los resultados con respecto a la oferta laboral deben ponerse en el contexto de nuestro modelo simplificado. Los efectos sobre la oferta laboral son de hecho una característica secundaria del modelo, y no está claro si prevalecerían en una caracterización más realista de la estructura del hogar, del mercado laboral, y de la tecnología para producir servicios domésticos. Por ejemplo, si los CLD tienen economías de alcance significativas con otras actividades domésticas, es poco probable que los subsidios en especie liberen mucho tiempo para permitir grandes aumentos de la oferta laboral. Por otra parte, los cambios en la oferta laboral parecen menos probables con contratos de mercado laboral rígidos. Si salir y entrar al

mercado laboral implica un costo, los individuos con ingresos bajos pueden permanecer en él aunque no les resulte económico a corto plazo. Además, es más probable que aquellos con la posibilidad de optar por quién brinda la atención sean para los que el acceso al mercado laboral es más limitado. Estas consideraciones ameritan una investigación empírica adicional.

Por otra parte, nuestro modelo ha supuesto que el cuidado familiar es un sustituto perfecto para el cuidado que ofrece el mercado. Aunque esto pueda ser cierto para una gran cantidad de tareas relacionadas a los CLD, como el quehacer doméstico o la preparación de las comidas, puede ser cuestionable para otras tareas que puedan requerir conocimiento y habilidades específicas. Bajo sustitución imperfecta, la elección de los subsidios en especie sería más frecuente para las personas con ingresos bajos. Además, se ha prestado poca atención a la estructura familiar. Podríamos suponer que un cónyuge de edad avanzada no está bien preparado para ciertas tareas como asistir al dependiente con el desplazamiento o el baño. Es probable que flexibilizar el supuesto de sustitución inclinará la combinación familia-mercado a favor de este último. También se tomó como dada la oferta de servicios de CLD, ya sea para provisión en especie o para ser adquirida en el mercado. Programas amplios de CLD sin duda afectarían la demanda de estos servicios y los precios de equilibrio, sin embargo, el nivel de habilidad requerido y la experiencia en países de la OCDE sugiere que la oferta es bastante elástica. En cualquier caso, este aspecto debería estudiarse junto con la necesidad de políticas para asegurar la calidad en la prestación de servicios de CLD.

Finalmente, crear un programa de subsidios, sean en efectivo o en especie, no es una tarea fácil (como lo muestra la experiencia uruguaya). Se necesitarían definir criterios de elegibilidad determinados por los ingresos y el nivel de dependencia, así como desarrollar un método confiable para implementarlos. También, existe la necesidad de proporcionar normas y capacitación para los servicios de CLD y un sistema de garantía de calidad. Algunos países desarrollados que ofrecen subsidios en efectivo requieren que el dinero se gaste en servicios formales de CLD, mientras que otros permiten que sea utilizado para pagar a cuidadores familiares (el programa CLD paga las contribuciones de estos cuidadores, así como algunos servicios de relevo).

8. Observaciones Finales

A pesar del hecho notorio de que América Latina está envejeciendo rápidamente, los análisis de política sobre las consecuencias de este proceso son limitados. Por otra

parte, las cohortes actuales están envejeciendo en un contexto de menores niveles de vida que el de los adultos mayores en países avanzados, por lo que podrían ser mucho más propensos a la discapacidad a medida que envejecen. Estos factores implican que es probable que la demanda para CLD crezca rápidamente en América Latina y el Caribe. Nuestro estudio es uno de los primeros en presentar evidencia sobre el envejecimiento, así como análisis teóricos y de política sobre las políticas de CLD en países desarrollados para aplicarlos a la región, así como en presentar un modelo formal para guiar el debate sobre el tipo de políticas de CLD viables en la región.

Nuestra revisión de la teoría y de la evidencia empírica en la materia muestra que los mercados privados no están bien preparados para brindar cobertura más allá de ciertos grupos de población específicos. En consecuencia, la mayoría de los países avanzados han desarrollado programas de seguro social públicos. Se ha mostrado que estos programas varían extensamente en algunas dimensiones, siendo su magnitud y exhaustividad las más relevantes. En cambio, mientras que la mayoría de los países poseen regulaciones y leyes avanzadas que protegen a los adultos mayores y estimulan el envejecimiento sano y activo, y algunos implementan programas para apoyar a estos adultos, en América Latina y el Caribe no existen políticas amplias de CLD (a excepción reciente de Uruguay). Esto significa que las familias deben apoyarse en otro tipo de arreglos para brindar cuidado, y las experiencias existentes muestran que las familias de la región recurren muy poco al cuidado remunerado. Por lo tanto, la tarea recae en los familiares, siendo las mujeres el recurso primario.

A medida que la demanda de cuidados aumenta y el asunto de los CLD se hace más notorio, se espera que las autoridades responsables presenten programas especialmente diseñados para garantizar el cuidado. Una de las razones se basa en las inquietudes de la economía política. Como en cualquier programa de gasto público a largo plazo, el volumen de costos asociados a los CLD se determinará en el futuro, lo que permite una capitalización política a corto plazo. Otra razón es que los programas de CLD pueden guiarse por esquemas de programas de reducción de la pobreza. Típicamente, los programas de reducción de la pobreza reconocen que los niveles de vida de ciertos grupos de población están por debajo de los estándares aceptables, y los programas públicos apuntan a cerrar esta brecha. En este contexto, la necesidad de CLD se entendería como una circunstancia agravante, que requiere apoyo adicional por parte de los gobiernos.

Teniendo en cuenta esta posibilidad, estudiamos el efecto de varios programas de subsidios a través de un modelo formal. Nuestro modelo brinda varios aportes interesantes. El primero es la relación positiva entre la pobreza y la preferencia por subsidios en efectivo. El costo de oportunidad de los hogares desfavorecidos es más bajo, por lo que les resulta más accesible ofrecer el cuidado ellos mismos que contratar a un cuidador con las tarifas de mercado. Este resultado indica que es probable que los subsidios en efectivo sean más apropiados para los programas de CLD de reducción de la pobreza. Además, en los programas donde las familias elegibles tienen umbrales de asequibilidad que varían, es probable que conceder la opción entre los programas en especie y en efectivo reduzca el costo total del programa, ya que las personas con una valoración más baja de los programas en especie están dispuestas a aceptar programas en efectivo con un descuento. Sostenemos que este resultado es sólido para varios contextos en los que las familias difieren en su valoración del cuidado en especie, como sucedería si existieran diferentes tipos de cuidado o gravedad de discapacidad.

Eventualmente, el tema de los CLD se irá transformando en una prioridad en los programas de políticas a mediano plazo. Esperamos haber contribuido a la ampliación del análisis y haber presentado nuestro modelo con implicaciones claras y útiles de políticas para los programas de CLD.

Referencias

- Agree E.M., Freedman V.A., Cornman J.C., Wolf D.A., Marcotte J.E. 2005. "Reconsidering Substitution in Long-Term Care: When Does Assistive Technology Take the Place of Personal Care?" *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 60(5): S272–S280.
- Aguirre, R. 2011. "El Reparto del Cuidado en América Latina." En M. Duran, editor. *El Trabajo del Cuidado en América Latina y España*. Madrid, España: Fundación Carolina.
- Al Snih S., J.E. Graham, Y.F. Kuo, J.S. Goodwin, K.S. Markides, K.J. Ottenbacher. 2010. "Obesity and Disability: Relation among Older Adults Living in Latin America and the Caribbean. American." *Journal of Epidemiology* 171(12): 1282-1288.
- Anderson, W.L., y J.M. Wiener. 2013. "The Impact of Assistive Technologies on Formal and Informal Home Care." *Gerontologist* 55(3): 422–433.
- Arntz, M., R. Sacchetto, A. Spermann, S. Steffes y S. Widmaier 2007. "The German Social Long-Term Care Insurance-Structure and Reform Options." IZA Discussion Paper Series No. 2625. Bonn, Alemania: Instituto del Trabajo.
- Barr, N. 2010. "Long-Term Care: A Suitable Case for Social Insurance." *Social Policy and Administration* 44(4): 359–374.
- Barr, N. y P. Diamond. 2008. *Reforming Pensions: Principles and Policy Choices*. Nueva York, Nueva York, Estados Unidos y Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Baumol, W.J. 1967. "Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis." *American Economic Review* 57(3): 415–426.
- . 1993. "Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice." En Rowley, C., F. Schneider y R.D. Tollison, editores. *The Next Twenty-Five Years of Public Choice*, pp. 17–28. Dordrecht, Países Bajos: Springer Netherlands.
- Bergquist, S., J. Costa-Font y K. Swartz. 2015. "Long Term Care Partnerships: Are They 'Fit for Purpose'?" Serie de documentos de trabajo 5155. Munich, Alemania: Grupo CESifo.
- Bonsang, E. 2009. "Does Informal Care from Children to Their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europe?" *Journal of Health Economics* 28(1): 143–154.

- Brown, J.R., N.B. Coe y A. Finkelstein. 2007. "Medicaid Crowd-Out of Private Long-Term Care Insurance Demand: Evidence from the Health and Retirement Survey." *Tax Policy and the Economy* 21:1–34.
- Campbell, J.C., N. Ikegami y M.J. Gibson. 2010. "Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan." *Health Affairs* 29(1): 87–95.
- Canta, C., H. Cremer y F. Gahvari. 2016. "Maybe 'Honor Thy Father and Thy Mother': Uncertain Family Aid and the Design of Social Long Term Care Insurance." *Urbana* 51(61801).
- Chomik, R., y M. MacLennan. 2014. "Aged Care in Australia: Part I-Policy, Demand and Funding." Informe de investigación del CEPAR 2014/01. Sydney, Australia: ARC Centre of Excellence in Population Ageing Research.
- Colombo, C., L.N. Ana, M. Jerome y T. Frits. 2011. "OECD Health Policy Studies Help Wanted?" Providing and Paying for Long-Term Care. París, Francia: Editorial de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Courtemanche, C. y D. He. 2009. "Tax Incentives and the Decision to Purchase Long-Term Care Insurance." *Journal of Public Economics* 93(1): 296–310.
- Da Roit, B. y B. Le Bihan. 2010. "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies." *Milbank Quarterly* 88(3): 286–309.
- De La Maisonneuve, C. y J. Oliveira Martins. 2013. "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures." Documento de trabajo del Departamento de Economía N° 1048. París, Francia: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
- Family Caregiver Alliance. 2015. *Selected Long-Term Care Statistics*. San Francisco, California, Estados Unidos: Family Caregiver Alliance, National Center on Caregiving.
- Gascón, Silvia y Nérida Redondo. 2014. "Calidad de Los Servicios de Largo Plazo Para Personas Adultas Mayores Con Dependencia." Políticas Sociales, N° 207. Santiago, Chile.
- Disponible en:
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/S1420237_es.pdf.

- Goda, G.S. 2011. "The Impact of State Tax Subsidies for Private Long-Term Care Insurance on Coverage and Medicaid Expenditures." *Journal of Public Economics* 95(7): 744–757.
- Golberstein, E., D.C. Grabowski, K.M. Langa y M.E. Chernew. 2009. "Effect of Medicare Home Health Care Payment on Informal Care." *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision and Financing* 46(1): 58–71.
- González, L.E., A. Raga y M. Sibils. 2012. "Consulta de Opinión sobre Políticas de Cuidado en América Latina. Niñas y Niños, Personas Ancianas, Personas con Discapacidad y Personas con Enfermedades Crónicas." *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Hauschild, R. 1994. "Vorschläge und Konzeptionen." En: *Bundesarbeitsblatt*, 45. Jg., Heft 8/9, 12–21. Schwerpunktheft: Die neue Pflegeversicherung.
- Ibarrarán, P., Medellín, N., Regalia, F. y Stampini, M. (2017). *Así funcionan las Transferencias Condicionadas: Buenas Prácticas a 20 años de implementación*. Washington, D.C.: BID
- Organización Internacional del Trabajo. 2009. *Envejecimiento de la Población ¿Quién Se Hace Cargo del Cuidado?* Notas OIT: Trabajo y Familia, N° 8. Ginebra, Suiza. Organización Internacional del Trabajo.
- Kim, H.B. y W. Lim. 2015. "Long-Term Care Insurance, Informal Care, and Medical Expenditures." *Journal of Public Economics* 125:128–142.
- Kinsella, K.G. y D.R. Phillips. 2005. "Global Aging: The Challenge of Success." *Population Bulletin* 60(1): 3.
- La Sasso, A. y R. Johnson. 2002. "Does Informal Care from Adult Children Reduce Nursing Home Admissions for the Elderly?" *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 39(3): 279–297.
- Le Bihan, B. y C. Martin. 2010. "Reforming Long-Term Care Policy in France: Private–Public Complementarities." *Social Policy and Administration* 44(4): 392–410.
- Litwin, H. y C. Attias-Donfut. 2009. "The Inter-Relationship between Formal and Informal Care: A Study in France and Israel." *Ageing and Society* 29(01): 71–91.

- Matus-López, M. 2015. "Thinking about Long-Term Care Policies for Latin America." *Salud Colectiva* 11(4): 485–496.
- Matus-López M, Cid Pedraza C. 2014. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020. *Rev Panam Salud Pública*; 36(1):31–6.
- McEniry, M. 2013. "Early-Life Conditions and Older Adult Health in Low- and Middle-Income Countries: A Review." *Journal of Developmental Origins of Health and Disease* 4(1): 10–29.
- McKnight, R. 2006. "Home Care Reimbursement, Long-Term Care Utilization, and Health Outcomes." *Journal of Public Economics* 90(1): 293–323.
- Medici, A.C. 2011. "How Age Influences the Demand for Health Care in Latin America" En D. Cotlear, editor. *Population Aging: Is Latin America Ready?* Washington D.C., Estados Unidos: Banco Mundial.
- Mirrlees, J.A. y S. Adam. 2010. *Dimensions of Tax Design: The Mirrlees Review*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Monteverde, M., K. Noronha y A. Palloni. 2009. "Effect of Early Conditions on Disability among Elderly in Latin America and the Caribbean." *Population Studies* 63(1): 21–35.
- Mortenson W.B., L. Demers, M.J. Fuhrer, J.W. Jutai, J. Lenker, F. DeRuyter 2012. "How Assistive Technology Use by Individuals with Disabilities Impacts Their Caregivers: A Systematic Review of the Research Evidence." *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 91(11): 984–998.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos). 2015. "Health at a Glance 2015: Indicadores de la OCDE." París, Francia: Editado por la OCDE.
- Olsberg, D. 2005. "Ageing-in-Place? Intergenerational and Intra-Familial Housing Transfers and Shifts in Later Life." Informe Final del AHURI N°. 88, Australian Housing and Urban Research Institute Limited.
- Organización Mundial de la Salud. 2016. "Observatorio Mundial de la Salud". Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud.
- Palloni, A. y L. Souza. 2013. "The Fragility of the Future and the Tug of the Past: Longevity in Latin America and the Caribbean." *Demographic Research* 29:543.

- Palloni, A., M.R. McEniry, R. Wong y M. Peláez. 2006. "The Tide to Come Elderly Health in Latin America and the Caribbean." *Journal of Aging and Health* 18(2): 180–206.
- Pérez, F.R., G.F.M. Fernández, E.P. Rivera y J.M.R. Abuin. 2001. "Ageing in Place: Predictors of the Residential Satisfaction of Elderly." *Social Indicators Research* 54(2): 173–208.
- Rawls, J. 1972. *A Theory of Justice*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Rico, M.N. y C. Robles. 2016. "Políticas de Cuidado en América Latina: Forjando la Igualdad." Serie Asuntos de Género N°. 140. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Rothgang, H. 2010. "Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model." *Social Policy and Administration* 44(4): 436–460.
- Schut, F.T. y B. van den Berg. 2010. "Sustainability of Comprehensive Universal Long-Term Care Insurance in the Netherlands." *Social Policy and Administration* 44(4): 411–435.
- Naciones Unidas. 2015. *Perspectivas de Población Mundial: Revisión 2015*. Nueva York, Nueva York, Estados Unidos: Naciones Unidas.
- Van Houtven, C.H. y E.C. Norton. 2004. "Informal Care and Health Care Use of Older Adults." *Journal of Health Economics* 23(6): 1159-1180.
- Wiles J.L., A. Leibing, N. Guberman, J. Reeve y R.E. Allen. 2011. "The Meaning of 'Ageing in Place' to Older People." *The Gerontologist* 52(3): 357-366