

# Envejecer **con** cuidado

Atención a la dependencia en  
América Latina y el Caribe



# Agradecimientos

Los autores agradecen a Marcelo Cabrol, gerente del Sector Social del BID, y a Ferdinando Regalia, jefe de la División de Protección Social y Salud del BID, su apoyo y liderazgo en el desarrollo de productos de conocimiento sobre la atención a la dependencia para adultos mayores.

También muestran su reconocimiento a Andrew Morrison, Cristina Pombo, Suzanne Duryea, Juan Pablo Salazar, Mariana Pinzón y Pablo Picón por sus valiosos comentarios y sugerencias.

Aitor Fernández, Eva Turiso y Diego Vapore ayudaron a mejorar la accesibilidad del documento para las personas con discapacidad. Diego Vapore estuvo igualmente a cargo del diseño gráfico, editorial y audiovisual, así como de la interactividad del documento.

Eva Turiso se ocupó de la edición profesional del documento en español y Collin Stewart tradujo la versión original al inglés.

Los autores agradecen a Cecilia Martínez Gómez, Andrea Proaño Calderón y María Soledad Planes el haber liderado la comunicación editorial, digital y estratégica de este documento, la coproducción de los guiones de los videos originales y la revisión del producto. El aporte de Cecilia Martínez Gómez fue fundamental para la promoción de la primera publicación interactiva y accesible del BID. El equipo de comunicación se benefició asimismo del valioso apoyo de Agustín Cáceres.

Los estudios de caso de la sección “¿Qué están haciendo los países de la región?”

se han beneficiado de los aportes y de la información proporcionada por Myriam Petrongolo y Carla Bonahora (Argentina), Helia Molina (Chile), y Sharon Katzkowicz y Jorge Campanella (Uruguay).

Los autores muestran su reconocimiento al Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay, que ha autorizado la inclusión de sus videos en esta publicación interactiva. Juan Pablo Salazar enriqueció este documento con el video sobre la dependencia funcional y la discapacidad.

Todos los videos originales de este documento fueron filmados con el apoyo de Sergio González.

## NOTA

Esta publicación toma como referencia una serie de productos de conocimiento realizados por la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) durante el periodo 2017-2019.

El BID está comprometido con la inclusión efectiva y real de las personas con discapacidad. En la búsqueda de un cambio de paradigma para entender y ser entendidos por este colectivo, hemos invertido esfuerzos para que esta sea la primera publicación del BID interactiva y accesible para el mayor número posible de personas.

## AVISO

Para visualizar correctamente este documento interactivo se recomienda descargar la publicación y utilizar Adobe Acrobat Reader.

# Autores



Gianluca Cafagna



Pablo Ibarrarán



María Laura Oliveri



Natalia Aranco



Nadin Medellín



Marco Stampini



## Catalogación en la fuente proporcionada por la Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo

Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe / Gianluca Cafagna, Natalia Aranco, Pablo Ibarrarán, María Laura Oliveri, Nadin Medellín, Marco Stampini.

p. cm. — (Monografía del BID ; 745)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Latin America. 2. Older people-Services for-Caribbean Area. 3. Older people-Care-Latin America. 4. Older people-Care-Caribbean Area. 5. Older people-Government policy-Latin America. 6. Older people-Government policy-Caribbean Area. I. Cafagna, Gianluca. II. Aranco, Natalia. III. Ibarrarán, Pablo. IV. Oliveri, María Laura. V. Medellín, Nadin. VI. Stampini, Marco. VII. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VIII. Serie.

IDB-MG-745

Códigos JEL: J14, J18, I18 H53

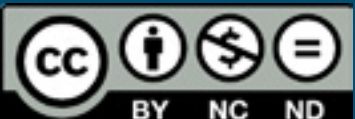
Palabras clave: envejecimiento, dependencia funcional, adultos mayores, atención a la dependencia.

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

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

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

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



## 1. ¿Por qué la atención a la dependencia no puede esperar? 5

1.1. Longevos como nunca 7

1.2. Más enfermos crónicos 9

1.3. El apoyo familiar ya no es suficiente 11

## 2. ¿Cómo se diseña un sistema de atención a la dependencia? 16

2.1. A quién proveer servicios de atención a la dependencia 17

2.2. Qué servicios proveer 18

2.3. Cómo financiar los servicios de atención 21

2.4. Cómo asegurar una atención de calidad 24

## 3. ¿Qué están haciendo los países de la región? 28

3.1. Uruguay 30

3.2. Chile 31

3.3. Argentina 33

## 4. ¿Cuánto nos costaría un sistema de atención a la dependencia? 35

## 5. ¿Por dónde debemos empezar? 41

5.1. Elegir a los beneficiarios según su nivel de dependencia, no su edad 43

5.2. Entregar transferencias vinculadas a la compra de servicios 44

5.3. Empezar por servicios de atención en el domicilio 46

5.4. Involucrar al sector privado para generar empleo formal 48

5.5. Formar recursos humanos y establecer estándares de calidad 49

5.6. Utilizar financiación mixta para implementar un sistema único 51

## Notas 54

## Referencias 55



**Hoy en día**

**8 millones**  
de adultos mayores  
presentan



**dependencia  
funcional**

En América Latina  
y el Caribe



esto representa el

**12%** de

las personas  
de **60 años o  
más** en la región

**En 2050**

se estima

que las personas  
con **dependencia  
funcional**

superarán los

**27  
millones**





# 1.

## ¿Por qué la atención a la dependencia no puede esperar?

En América Latina y el Caribe (ALC) más de ocho millones de adultos mayores no pueden llevar a cabo de manera independiente al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD), como bañarse, comer, usar el excusado, vestirse, caminar dentro de un cuarto, o acostarse y levantarse de la cama. Es lo que se conoce como dependencia funcional, que afecta al 12% de las personas de 60 años o más de nuestra región, y a casi el 27% de los que tienen 80 años o más (Aranco et al., 2018).

Se considera que una persona tiene dependencia funcional cuando no puede realizar actividades necesarias para la vida diaria <sup>1</sup> sin la ayuda de otros por un periodo prolongado de tiempo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015a ). Según la OMS, los servicios de atención a

la dependencia son, entonces, las actividades que otros emprenden para que las personas con dependencia puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (OMS, 2015a).

En los próximos 30 años, **el tema de los servicios de atención a la dependencia para adultos mayores será cada vez más apremiante para los países de ALC**. El rápido envejecimiento de la población latinoamericana y caribeña y el estado avanzado de la transición epidemiológica permiten prever un aumento considerable del número de adultos mayores con dependencia funcional y, por lo tanto, de la demanda de servicios de atención a la dependencia. En 2050, se estima que el número de adultos mayores de 60 años en situación de dependencia sobrepasará los 27 millones.

Junto a ello, la región experimenta un importante descenso de la oferta informal de estos servicios, tradicionalmente desempeñados por las mujeres de las familias, debido a la reducción del tamaño de los hogares y a la creciente participación laboral de las mujeres. Estos escenarios obligan a las sociedades y a los gobiernos de ALC a prepararse para las presiones futuras.

Ofrecer servicios de atención a la dependencia no es simplemente una respuesta a las crecientes presiones de demanda y oferta. Existen tres



razones fundamentales para incluirlos en las agendas de los gobiernos. Primero, la atención a la dependencia es fundamental para proteger la calidad de vida de los adultos mayores. Segundo, la atención a la dependencia es un tema de género: la necesidad de servicios de atención es más alta en las mujeres que en los hombres y, además, la creación de estos servicios libera tiempo de las cuidadoras familiares y genera oportunidades de empleo formal que benefician principalmente a las mujeres. Finalmente, los servicios de atención a la dependencia pueden reducir los gastos sanitarios, disminuyendo el uso de servicios hospitalarios y de urgencia. Todas estas razones hacen de la atención a la dependencia un tema que no puede esperar.

Esta publicación ofrece información fundamental para todo aquel país que desee diseñar un sistema de atención a la dependencia, así como recomendaciones concretas para su implementación. **¡Empecemos!**

¿Te interesa saber más sobre el concepto de dependencia funcional y sobre la diferencia entre dependencia funcional y discapacidad?  
**¡No te pierdas el siguiente video!**



## Video 1. Dependencia funcional y discapacidad

Un primer paso para prestar una atención de calidad es tener clara la diferencia entre dependencia y discapacidad.



“ **Dependencia funcional y discapacidad** son cosas distintas. ”

Comenta **Juan Pablo**, especialista en temas de inclusión.



# 1.1. Longevos como nunca

ALC está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. Si bien actualmente su porcentaje de la población con más de 60 años (11%) es sustancialmente menor al de Europa, América del Norte y Asia del Este (24%, 21% y 17%, respectivamente), su ritmo de envejecimiento es el más rápido (Aranco et al., 2018). Según estimaciones de Naciones Unidas, en el año 2030 el 17% de los latinoamericanos y caribeños tendrá más de 60 años y en 2050 ese porcentaje ascenderá al 25%. Es decir, **en tan solo 30 años uno de cada cuatro habitantes de ALC tendrá más de 60 años**. Este dato es aún más relevante si se compara con Europa, que tardó alrededor de 65 años en materializar un aumento similar, o con América del Norte, que necesitó 75 años.

El envejecimiento será generalizado en toda la región, aunque no homogéneo, ya que se aprecia una diferencia significativa entre países. Será muy pronunciado en Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Trinidad y Tobago y Uruguay. En dichos países la población de 60 años o más representará alrededor del 30% en el año 2050, un nivel comparable al grado de envejecimiento poblacional actual de Alemania, Finlandia e, incluso, de Japón. En contraste, la proporción de adultos mayores en Belice, Bolivia, Guatemala, Guyana y Haití en ese mismo año será sensiblemente inferior, situándose en aproximadamente el 15%, lo que se asemeja a la situación actual de China. La figura 1 muestra el patrón de envejecimiento de países de la región en los próximos treinta años.

Figura 1. Porcentaje de la población con más de 60 años y con más de 80 años en 2015, 2030 y 2050



Notas: La fuente utiliza como base datos de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2017. Adaptado de *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia*, del Banco Interamericano de Desarrollo, 2019 (<https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento>). Derechos de autor (2019) del Banco Interamericano de Desarrollo.

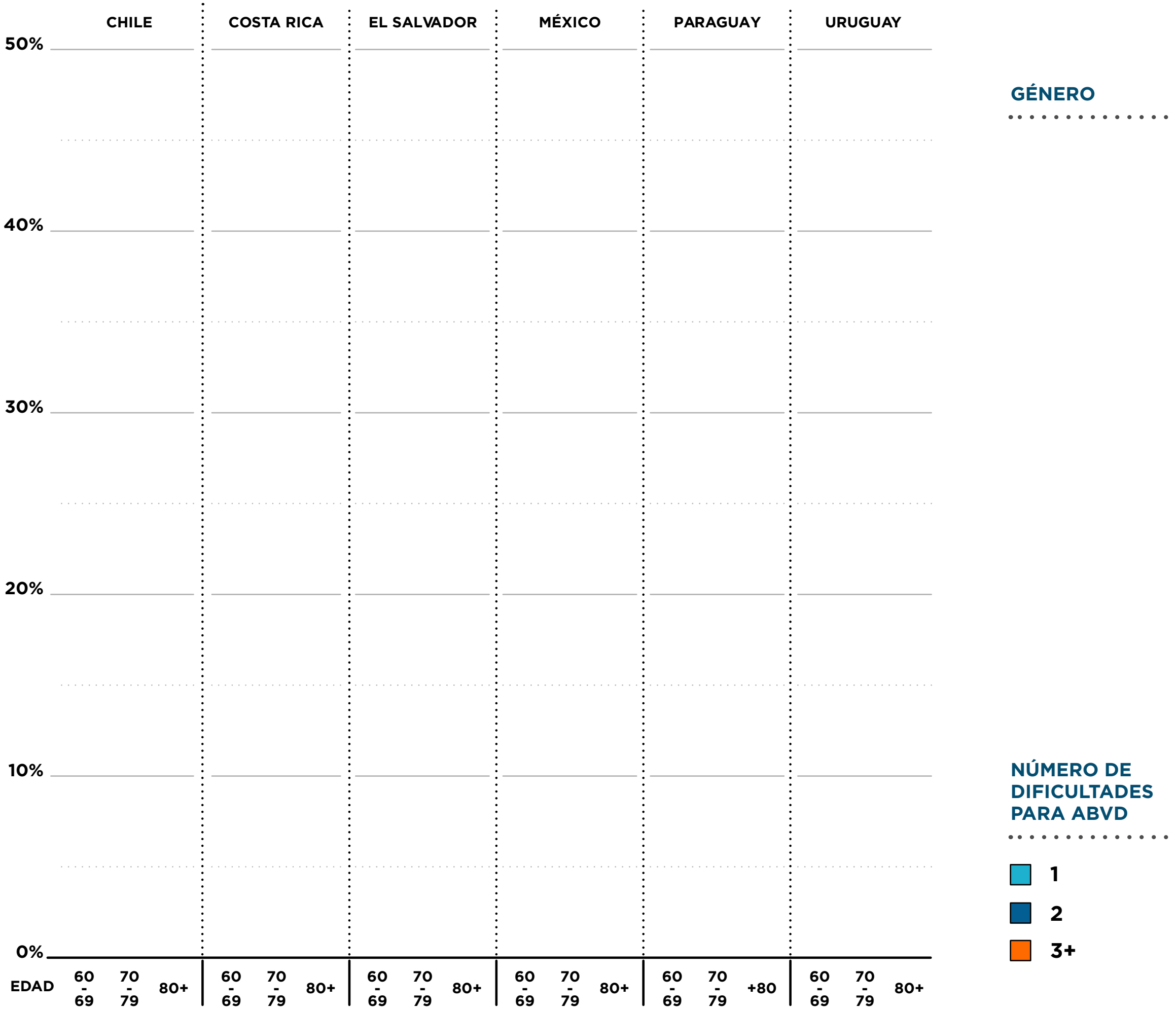


Las estimaciones para el año 2050 no indican simplemente un incremento de la proporción de adultos mayores con respecto a la población total sino, también, una prolongación de la vejez. Aumentará la proporción de personas con más de 80 años dentro del conjunto de adultos mayores. Si actualmente, los que tienen más de 80 años constituyen el 14,5% de los adultos mayores en ALC, se estima que, en el año 2050, este porcentaje alcanzará el 22%.

El envejecimiento está directamente relacionado con la dependencia funcional ya que **la dependencia es más común en los adultos mayores que en el resto de la población**. Como se puede observar en la figura 2, la proporción de personas que tiene dificultades para realizar las ABVD aumenta con la edad, en particular después de los 80 años. Esto ocurre tanto para los hombres como para las mujeres, aunque, para cualquier rango de edad, la prevalencia de la dependencia es más elevada en el caso de las mujeres. Esta desigualdad de género es consistente con el hecho de que las mujeres, si bien viven más que los hombres por factores biológicos (Austad, 2006) y socio-comportamentales (Assari, 2017), pasan más años en condiciones de mala salud, debido a que son más propensas a enfermedades altamente debilitantes, pero de baja mortalidad (Luy y Minagawa, 2014).

Además, con la edad, no solo aumenta el número de personas con dependencia, sino también la intensidad de la dependencia, medida a través del número de ABVD para las cuales se requiere ayuda. Nuevamente, existen importantes diferencias entre los países de ALC para los que tenemos datos disponibles; en particular, el porcentaje de adultos mayores en situación de dependencia funcional es elevado en Costa Rica, Chile y México, mientras es particularmente bajo en el caso de Uruguay.

Figura 2. Prevalencia e intensidad de la dependencia funcional. Porcentaje de la población por edad y género



**Notas:** La fuente utiliza como base de datos la Encuesta Longitudinal de Protección Social de Chile (Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Chile, 2015), Paraguay (Secretaría Técnica de Planificación, 2015), El Salvador (Sistema de Protección Social Universal, 2013) y Uruguay (Banco de Previsión Social, 2013), así como el Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable de Costa Rica (Centro Centroamericano de la Población de la Universidad de Costa Rica e Instituto de Investigaciones en Salud, 2009) y el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento de México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). Para la comparación debe tenerse en cuenta que en México se consideran cinco ABVD, mientras que en los otros países cuatro, incrementando la probabilidad de que los encuestados seleccionen al menos una ABVD de la lista disponible. En Costa Rica, se consideran los individuos a partir de los 62 años. Adaptado de *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe* (p. 24), de N. Aranco et al., 2018 (<https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>). Derechos de autor (2018) del Banco Interamericano de Desarrollo.

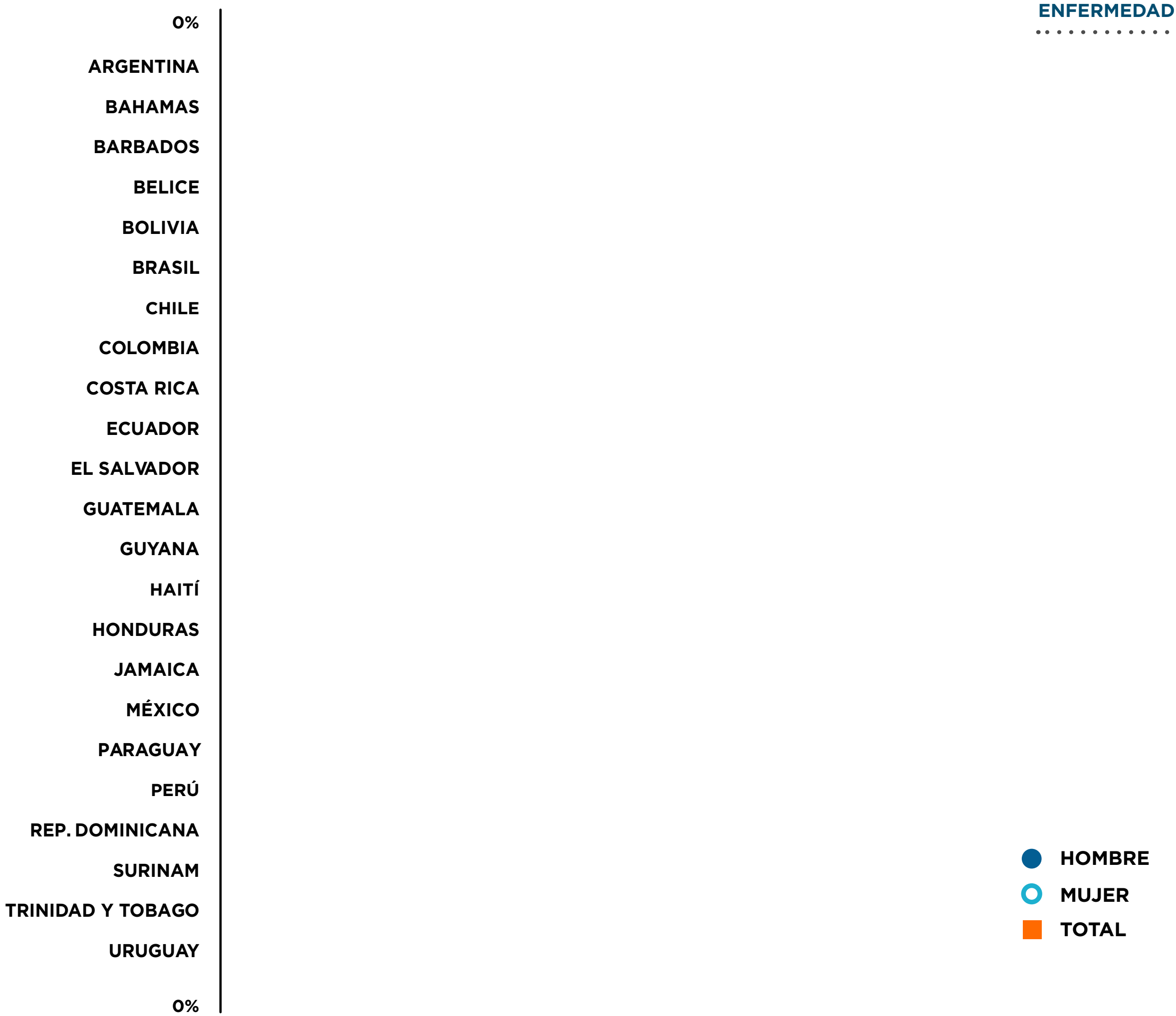


## 1.2. Más enfermos crónicos

ALC se encuentra en una etapa avanzada en el proceso de transición epidemiológica. A medida que la población envejece, las enfermedades crónicas son cada vez más las principales causas de muerte y morbilidad. Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, lo que se traduce en un incremento del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (OMS, 2015b). Esta es una tendencia natural, pero se observa, además, un crecimiento en la prevalencia de enfermedades crónicas dentro del mismo grupo de edad<sup>2</sup>, posiblemente debido a cambios en la alimentación, a la polución y a estilos de vida poco saludables (Gakidou et al., 2017). La principal causa de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores de ALC son las enfermedades cardiovasculares, que constituyen el 25% de la carga total de enfermedades entre la población con más de 60 años (Aranco et al., 2018). Una vez más, las diferencias entre países son notables, según podemos comprobar en la figura 3.

¿Qué tienen que ver las enfermedades crónicas con la dependencia funcional? **La prevalencia de dependencia funcional es mayor entre las personas con enfermedades crónicas.** En el caso de México, por ejemplo, hemos encontrado que dos enfermedades crónicas, la diabetes y la artritis, están entre los principales determinantes de la dependencia futura de los adultos mayores (González-González et al., 2019).

**Figura 3.** Prevalencia de enfermedades no transmisibles para las personas con más de 60 años



**Notas:** La fuente utiliza como base de datos el *Global Burden of Disease (GDB) Results Tool* del *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2017. Adaptado de *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia*, del Banco Interamericano de Desarrollo, 2019 (<https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento>). Derechos de autor (2019) del Banco Interamericano de Desarrollo.



En Chile, el 94,6% de los adultos mayores que no padecen enfermedades crónicas consideran que pueden llevar a cabo autónomamente todas las ABVD. Dicho porcentaje baja al 80,9% en el caso de las personas con tres o más condiciones crónicas. Es importante destacar que la presencia de enfermedades crónicas no significa por sí misma dependencia; de hecho, entre los chilenos mayores de 60 años que tienen al menos una enfermedad crónica, solo el 12,5% es dependiente (Aranco et al., 2018).

En resumen, tanto el envejecimiento de la población como el proceso de transición epidemiológica hacia las enfermedades crónicas van a traer consigo, en los próximos años, un incremento de adultos mayores con dependencia funcional. Utilizando las proyecciones de población por estructura de edad de Naciones Unidas (2017) y asumiendo que la prevalencia de enfermedades crónicas y las tasas de dependencia por edad se mantengan constantes, **el número de los adultos mayores con dependencia funcional en ALC será más del triple del actual hacia 2050, sobrepasando los 27 millones.**

Esta cifra superará el 3% de la población de esta región y representará cerca de un 14% de la población con más de 60 años. En un escenario donde la tendencia de las enfermedades crónicas continúe como hasta ahora y se observe un aumento del 20% de las tasas de dependencia entre los adultos mayores, la población de ALC que necesitará servicios de atención en 2050 puede llegar hasta el 17% de los mayores de 60 años.



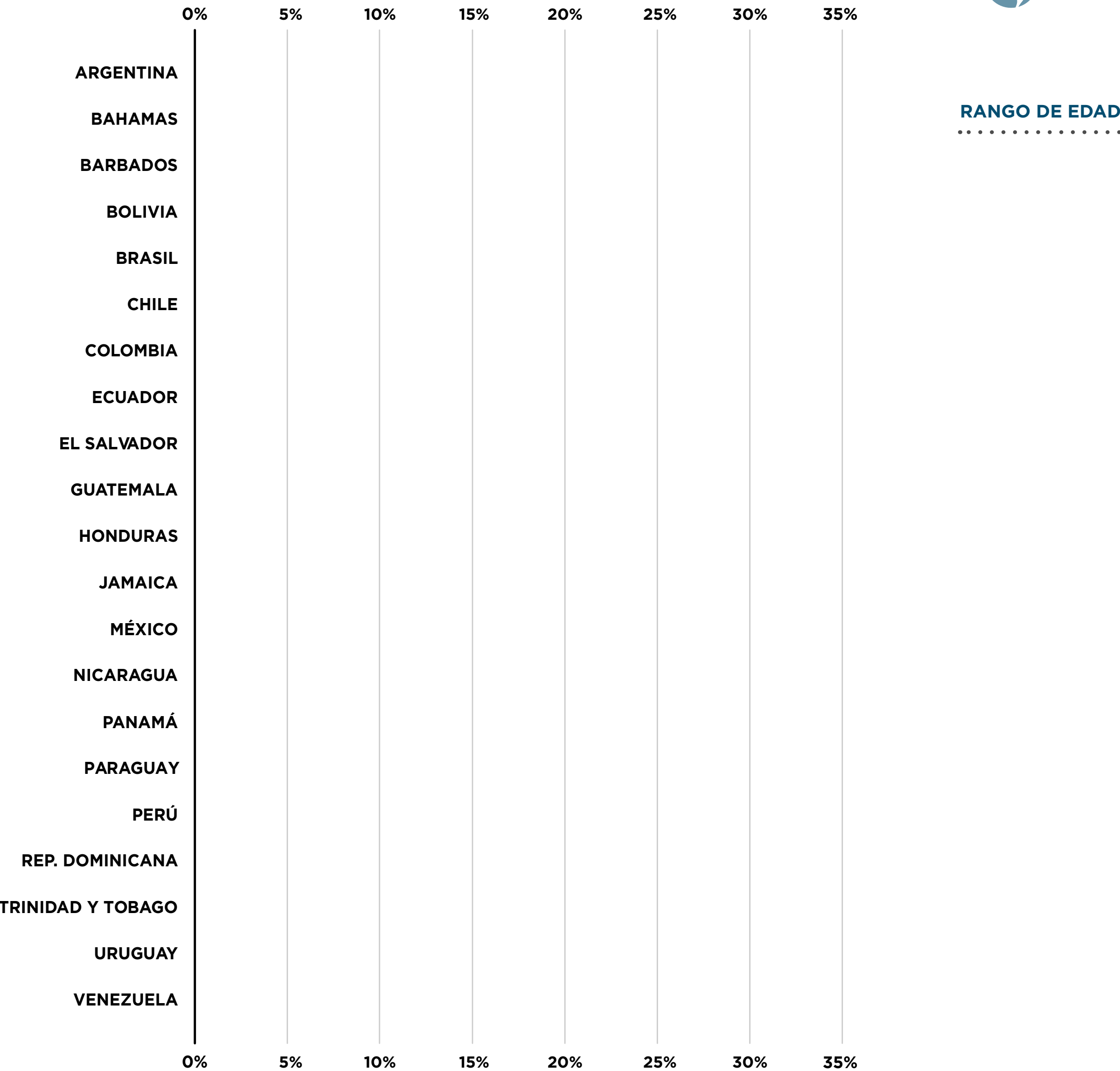
### 1.3. El apoyo familiar ya no es suficiente

El incremento en la demanda de atención a la dependencia tiene lugar en un contexto en el que la oferta es limitada. En México, por ejemplo, en el año 2015 cerca de uno de cada cuatro adultos mayores con dependencia severa no contaba con ningún servicio de atención (González-González et al., 2019).

Tradicionalmente, la principal fuente de servicios de atención en ALC ha sido el apoyo informal. El apoyo informal se refiere a la atención sin remuneración que proveen los miembros de la familia, principalmente las mujeres, a los adultos mayores en situación de dependencia. Sin embargo, debido a las transformaciones que se han producido en las estructuras familiares de ALC durante las últimas décadas, **las capacidades de las familias para atender directamente a las personas con dependencia se han reducido**. Hay dos transformaciones que merecen ser destacadas: la reducción del tamaño de los hogares y la creciente participación laboral de las mujeres (Aguirre, 2011).

La reducción del tamaño de las familias se puede asociar, entre otros factores, con la caída de la fecundidad, el aumento de los divorcios y la migración. El resultado es que muchos adultos mayores carecen de una red familiar cercana que pueda apoyarles en la realización de sus actividades cotidianas. Como se observa en la figura 4, la proporción de adultos mayores con más de 80 años que viven solos es

Figura 4. Porcentaje de adultos mayores que viven solos



**Notas:** La fuente utiliza como base de datos las Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo, 2015. Los datos están actualizados al año 2015, salvo para Bahamas (2014), Barbados (2016), Haití (2012), Honduras (2014), Jamaica (2014), Nicaragua (2014), México (2014) y Trinidad y Tobago (2014). Adaptado de *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia*, del Banco Interamericano de Desarrollo, 2019 (<https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento>). Derechos de autor (2019) del Banco Interamericano de Desarrollo.



significativa en la región y llega a superar el 25% en Argentina, Uruguay, Bahamas, Jamaica y Barbados.

Por otro lado, la participación laboral femenina en ALC pasó del 20% en los años 60 al 65% en la actualidad (Marchionni et al., 2019). Este indudable avance en el cierre de la brecha de género en el terreno laboral va acompañado de una evolución social y cultural que está transformando el papel de las mujeres en los hogares. En este sentido, se observa un progresivo distanciamiento de la antigua creencia colectiva de que la mujer es la única responsable de las tareas de cuidados. No obstante, cabe destacar que esta mejora no ha sido acompañada de un aumento en el número de hombres que proveen servicios de cuidado, y que en las Américas alrededor del 63% del tiempo dedicado al cuidado no remunerado lo siguen brindando las mujeres (Addati et al., 2018).

¿Sabes cómo se benefician los familiares de las  
personas que acceden a un sistema de cuidados?  
**Descúbrelo en el siguiente video.**



## Video 2.

# El apoyo familiar ya no es suficiente

Los servicios de atención a la dependencia contribuyen a mejorar el bienestar de los familiares que se ocupan de sus mayores.



Reproducir video



“ Yo prácticamente **no salía de la casa, no podía dejar a mis padres solos** ni un minuto. ”

Relata **Delia**, que cuida de sus padres mayores.



Sin embargo, la limitada presencia de servicios formales de atención a la dependencia sigue afectando a la participación laboral de las mujeres en la región. La creación de servicios de atención podría facilitar la inclusión de las mujeres en el mercado laboral, al liberar tiempo de las cuidadoras familiares. Además, se podrían generar oportunidades de empleo en la provisión de dichos servicios. Por estas razones, así como por la mayor necesidad de servicios de apoyo a las mujeres respecto de los hombres, **la atención a la dependencia es un tema de género.**

**En conclusión,** ALC se enfrentará en los próximos años a un escenario en el que, por un lado, la demanda de servicios de atención a la dependencia para adultos mayores superará al triple de la actual y, por el otro, se reducirá la oferta de servicios que se basaba, principalmente, en el apoyo informal de las mujeres. Ante estos retos los países de ALC deben prepararse. Es necesario complementar el apoyo informal con sistemas nacionales de atención a la dependencia.

Con el fin de proveer información actualizada sobre las necesidades de servicios de atención a la dependencia para los adultos mayores de ALC, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha creado el [Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia](#) (para detalles, véase el recuadro 1). Además de la información y de las herramientas presentadas en el recuadro 1, el Panorama incluye una calculadora que permite a los usuarios descubrir su probabilidad de tener dependencia funcional en el futuro. Para ello solo hay que responder a algunas preguntas básicas sobre, por ejemplo, la edad y el estado de salud actual. La calculadora se basa en un modelo estadístico elaborado a partir de datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) llevado a cabo en México.

**Y es necesario hacerlo ya.**



## Recuadro 1.

### El Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia

El actual contexto y las perspectivas futuras del envejecimiento en América Latina y el Caribe hacen necesario poner el foco en la atención de adultos mayores con dependencia. El BID ha creado el [Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia](#) para informar sobre las condiciones de salud y las necesidades presentes y futuras de servicios de apoyo para los adultos mayores, de modo que las políticas se establezcan en función de la evidencia disponible. Buscamos contribuir a que los gobiernos de la región puedan prepararse para enfrentar los desafíos del envejecimiento, creando y/o fortaleciendo la oferta de servicios de atención a la dependencia.

### Explora el Panorama:

- **¿Te interesa leer más sobre el tema?**

Te invitamos a ver la sección de [Publicaciones](#).

- **¿Sabías que el 11,6% de los adultos mayores de 62 años en Costa Rica tiene una dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria?**

En la sección de [Indicadores](#) podrás monitorear la situación de la dependencia funcional en los países de la región y numerosos temas asociados. Brindamos material interactivo que actualizamos periódicamente. Encontrarás indicadores de dependencia, envejecimiento, condiciones de salud, factores de riesgo, discapacidad y características socioeconómicas. Además, todos los datos asociados con los indicadores del Panorama se pueden descargar.

- **¿Sabías que Uruguay tiene un sistema nacional integrado de cuidado?**

Puedes conocer más detalles visitando la sección [Casos de estudio](#), donde encontrarás un análisis por país de la dependencia y los servicios de atención a largo plazo. Cada país es analizado siguiendo la misma estructura para favorecer las comparaciones. Los casos de estudio incluyen información sobre el proceso de envejecimiento, el perfil epidemiológico de los adultos mayores y la situación en términos de dependencia funcional. Además, describen el papel del Estado en la atención a la dependencia, cómo se estructura la oferta de servicios de atención y cuáles son las perspectivas futuras al respecto (Aranco y Sorio, 2019; López-Ortega y Aranco, 2019; Flórez, Martínez y Aranco, 2019; Medellín, Jara y Matus, 2019; Molina et al., actualmente en prensa).

- **¿No tienes tiempo, pero te interesa lo que hacemos?**

Revisa la sección de [Temas destacados](#). Ahí encontrarás resúmenes de las distintas temáticas analizadas en nuestras publicaciones.

- **¿Dónde encuentro más información sobre estos temas?**

En [Links relacionados](#) resaltamos bases de datos, sitios web y publicaciones externas relacionadas con el Panorama.

- **¿Quieres enterarte de nuestras noticias?**

Descubre la sección [Panorama en los medios](#), donde incluimos notas preparadas por integrantes de nuestro equipo que han sido publicadas en medios externos, así como las entradas sobre envejecimiento y dependencia del [Blog Gente Saludable](#).





Si estás interesado en saber más  
sobre la calculadora, **puedes ver  
el siguiente video.**



## Video 3. Calculadora de dependencia

Esta calculadora permite descubrir la  
probabilidad de depender de otras  
personas para realizar actividades de  
la vida cotidiana.



“ Probablemente **tú mismo  
desconoces** si necesitarás  
**servicios de atención** en el futuro. ”

Comenta **María Laura**, especialista en temas de protección social.



# 2.

## ¿Cómo se diseña un sistema de atención a la dependencia?

Los gobiernos de ALC tienen ante sí el reto de desarrollar políticas públicas para que un número creciente de adultos mayores acceda a servicios de atención a la dependencia. Una respuesta integral a este desafío corresponde al diseño de un sistema de atención a la dependencia<sup>3</sup>. Con el fin de entender cómo diseñar dicho sistema, resulta útil analizar la experiencia de países que se encuentran en una etapa más avanzada de la transición demográfica. Este análisis permite identificar los cuatro elementos que todo país que desee diseñar un sistema de atención a largo plazo se debe plantear:



1. **a quién** proveer servicios de atención;
2. **qué servicios** proveer;
3. **cómo financiar** los servicios de atención; y
4. **cómo asegurar** una atención de **calidad**.



## 2.1. A quién proveer servicios de atención a la dependencia

El primer paso para diseñar un sistema es definir quiénes son los beneficiarios, es decir, la población objetivo. El criterio de elegibilidad más utilizado es el nivel de dependencia. Los países han empleado diferentes instrumentos para medir el nivel de dependencia. La mayoría de estos instrumentos se basa en cuestionarios sobre las capacidades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de manera autónoma y, en algunos casos, sobre las capacidades cognitivas <sup>4</sup>. Usualmente, a partir de la información recopilada con los cuestionarios, se construye un puntaje que indica si una persona está o no en situación de dependencia y en qué nivel se encuentra. Algunos ejemplos de este tipo de instrumentos son el índice de Katz, el baremo de valoración de la situación de dependencia utilizado en España y la escala de Grupos Iso-recursos de Autonomía Gerontológica utilizado por el sistema francés (AGGIR, por sus siglas en francés) <sup>5</sup>.

Otro criterio de elegibilidad es la edad. Por ejemplo, en Francia solo las personas con 60 años o más son elegibles para la asignación personalizada de autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*), que consiste en una transferencia monetaria para la compra de servicios de atención. De manera similar, en Escocia hasta abril de 2019 solo las personas con 65 años o más se podían beneficiar de servicios de atención personal gratuitos (*Free Personal and Nursing Care*).

El nivel de ingresos, así como otros indicativos del estado socioeconómico, no se utiliza usualmente como criterio de elegibilidad. Es decir, si se considera que un adulto mayor necesita servicios de atención, los recibe independientemente de sus ingresos, bienes de capital o estado civil. Una excepción notable es Estados Unidos, donde los servicios de atención a la dependencia se financian a través de un programa público (*Medicaid*), que está dirigido exclusivamente a personas con bajos ingresos (Medellín et al., 2018).

No obstante, varios países utilizan el nivel de ingreso o de riqueza para decidir el monto de los beneficios que son financiados por el sistema y el nivel de copagos al que están sujetos los usuarios. En Francia, por ejemplo, las transferencias se calculan de acuerdo con una escala basada en los ingresos y las personas con mayores ingresos reciben solo el 10% del beneficio máximo definido para su nivel de dependencia.



## 2.2. Qué servicios proveer

Otro elemento fundamental a la hora de diseñar un sistema de atención a la dependencia es definir su menú de servicios. Es posible agrupar los servicios ofrecidos por los sistemas de atención en cinco categorías principales: servicios en residencias a largo plazo, servicios en el domicilio, servicios en centros de día, servicios de teleasistencia y servicios para cuidadores. La mayoría de los países ofrece una combinación de estas categorías. La tabla 1 muestra una descripción de cada categoría de servicio.

Al diseñar un sistema de atención a largo plazo, es fundamental reconocer que **para distintos contextos y niveles de dependencia son más adecuados diferentes tipos de servicios**. Por ejemplo, los servicios en residencias son particularmente indicados para adultos mayores con dependencia severa, especialmente si requieren atención médica continua y cuentan con apoyo familiar limitado. En contraste, los servicios en centros de día y de teleasistencia se suelen utilizar para adultos mayores con dependencia leve y tienen un carácter complementario, ya que por sí mismos no resuelven las necesidades de apoyo para realizar actividades de la vida diaria. Con base en esto, antes de definir la combinación de servicios ofrecidos por el sistema de atención, cada país debería analizar el perfil de dependencia funcional de la población y su proyección al futuro.

**Tabla 1.** Categorías de servicios de atención

CATEGORÍA DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Servicios en residencias a largo plazo	Son servicios prestados en instalaciones que incluyen alojamiento. Las residencias a largo plazo ofrecen un paquete integral de servicios de apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y, usualmente, servicios de salud más complejos. Por esta razón, las residencias a largo plazo se orientan hacia personas con un nivel severo de dependencia.
Servicios en el domicilio	Son servicios prestados en el hogar donde reside la persona. El eje de esta categoría de servicios es la presencia de un asistente personal que apoya en la realización de actividades básicas e instrumentales. Además, se pueden incluir servicios de ayuda para la realización de tareas domésticas y entrega de alimentos. Se pueden ofrecer a personas con nivel de dependencia severo, moderado o leve.
Servicios en centros de día	Son servicios que se brindan en instalaciones que no incluyen alojamiento. Los centros de día usualmente se enfocan en actividades preventivas y recreativas y no en brindar apoyo para realizar actividades de la vida diaria; por lo tanto, en muchos casos, se utilizan como complemento a los servicios en el domicilio. Su población objetivo son personas con dependencia leve o sin dependencia.



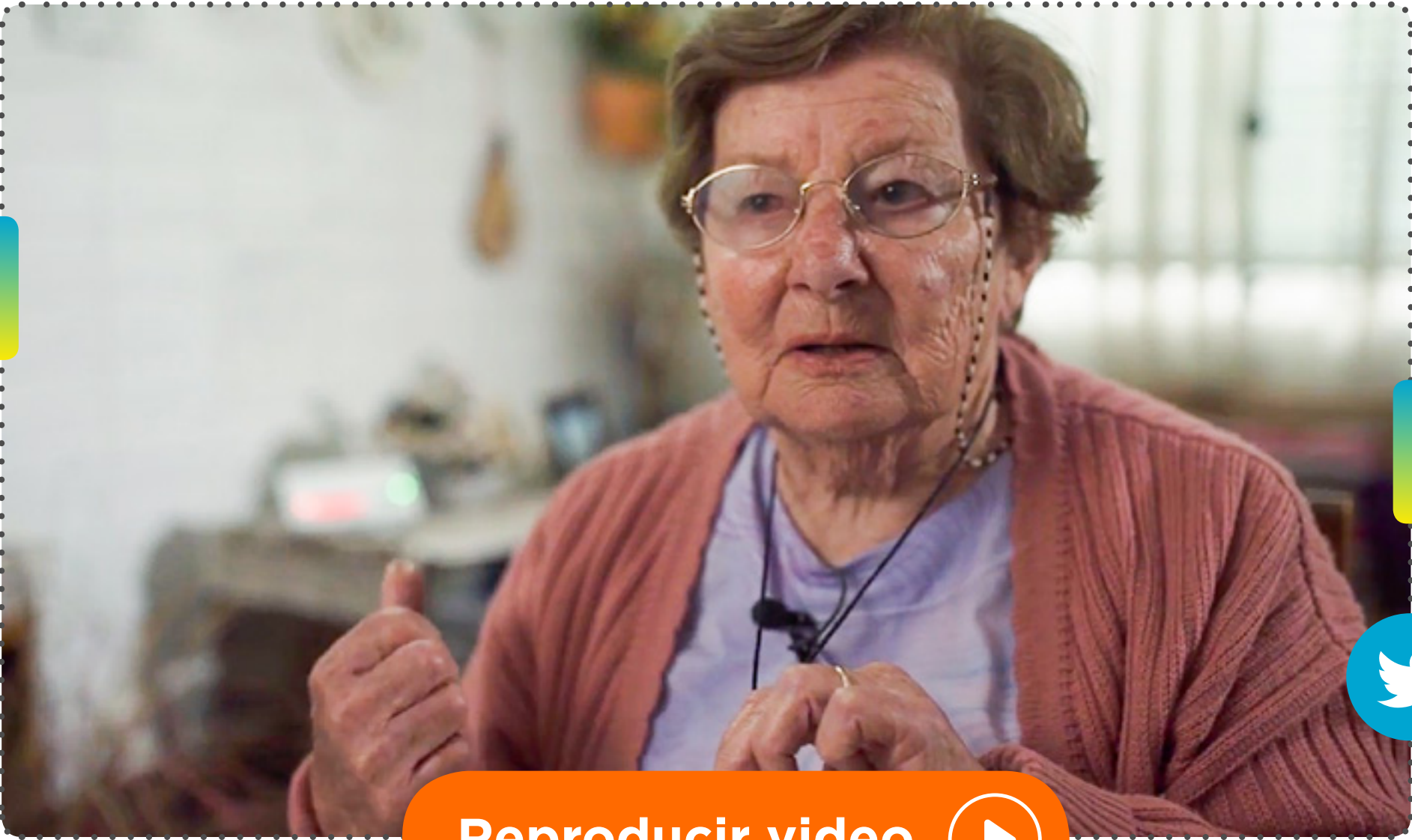
Continuación Tabla 1. Categorías de servicios de atención

CATEGORÍA DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN
Servicios de teleasistencia <sup>6</sup>	Son servicios brindados a distancia a través de tecnologías de información. Los servicios de teleasistencia (o telecuidado) apuntan a proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias, alarmas personales, administradores de medicamentos, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas o detectores de temperatura, humo y fugas de agua. Debido a que los servicios de teleasistencia no resuelven la necesidad de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, se suelen considerar como un complemento a los servicios en el domicilio. Están usualmente dirigidos a personas con dependencia moderada o leve y/o con enfermedades crónicas.
Servicios para cuidadores	Son servicios que buscan apoyar a las personas que cuidan sin remuneración (en la mayoría de los casos, familiares). Estos servicios apuntan a mejorar el desempeño y la carga de trabajo de los cuidadores que, a menudo, se encuentran en situaciones de estrés y aislamiento, descuidan su salud y tienen dificultades para mantener sus estudios o trabajos. Los servicios para cuidadores incluyen servicios de capacitación, asesoría y respiro. Estos últimos consisten en relevar de forma temporal al cuidador para permitir su descanso.

**Nota:** Adaptado de *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados* (p. 14), de N. Medellín et al., 2018 (<https://publications.iadb.org/es/cuatro-elementos-para-disenar-un-sistema-de-cuidados>).  
Derechos de autor (2018) del Banco Interamericano de Desarrollo.

Video 4.  
La teleasistencia como servicio de atención a la dependencia

Algunas tecnologías permiten que los adultos mayores vivan más tiempo en sus casas de manera autónoma.



“ Si yo aprieto acá, ellos me escuchan. A mí me pasa cualquier cosa y ellos me ayudan. ”  
Nos cuenta **Angélica**, de 91 años.



Otro aspecto que puede influir en la combinación de servicios ofrecidos por el sistema es la posición del gobierno ante los servicios no remunerados brindados por familiares. En España, los servicios que prestan los familiares no solo son reconocidos, sino que también pueden ser compensados con transferencias del sistema. En contraste, en Uruguay, los servicios financiados por el sistema no pueden ser prestados por un familiar y deben ser realizados por un asistente capacitado. Francia se coloca en un punto intermedio porque permite pagar a un familiar que brinda servicios de atención (con excepción del cónyuge o la pareja), siempre y cuando esté capacitado (Medellín et al., 2018).

La atención a la dependencia puede ser brindada en especie, con transferencias monetarias vinculadas a la compra de servicios, o a través de transferencias monetarias de libre disposición. En el primer caso, el beneficiario recibe servicios prestados por el sector público o por un prestador privado pagado por el Estado. En el segundo caso, el beneficiario recibe una transferencia que solo puede gastar para comprar servicios de atención a la dependencia. En el tercero, el beneficiario puede utilizar la transferencia sin restricciones. Todas estas alternativas tienen ventajas y desventajas. La atención en especie y las transferencias vinculadas favorecen el control de la calidad y evitan reforzar el papel tradicional de la mujer como responsable del cuidado en las familias (Campbell, Ikegami y Gibson, 2010). Por otro

lado, las transferencias monetarias de libre disposición son atractivas por su flexibilidad, ya que permiten al beneficiario administrar los recursos según sus necesidades específicas, incluyendo compensar el trabajo de cuidado de miembros del hogar. Además, reducen los costos administrativos del sistema<sup>7</sup>. Sin embargo, no garantizan que el beneficiario reciba servicios de atención. La mayoría de los países ofrecen tanto servicios en especie como transferencias monetarias, ya sea vinculadas a la compra de servicios o de libre disposición (Spasova et al., 2018). Japón y Corea del Sur ofrecen principalmente servicios en especie, mientras que Francia y Escocia han apostado por un sistema basado en transferencias monetarias vinculadas.

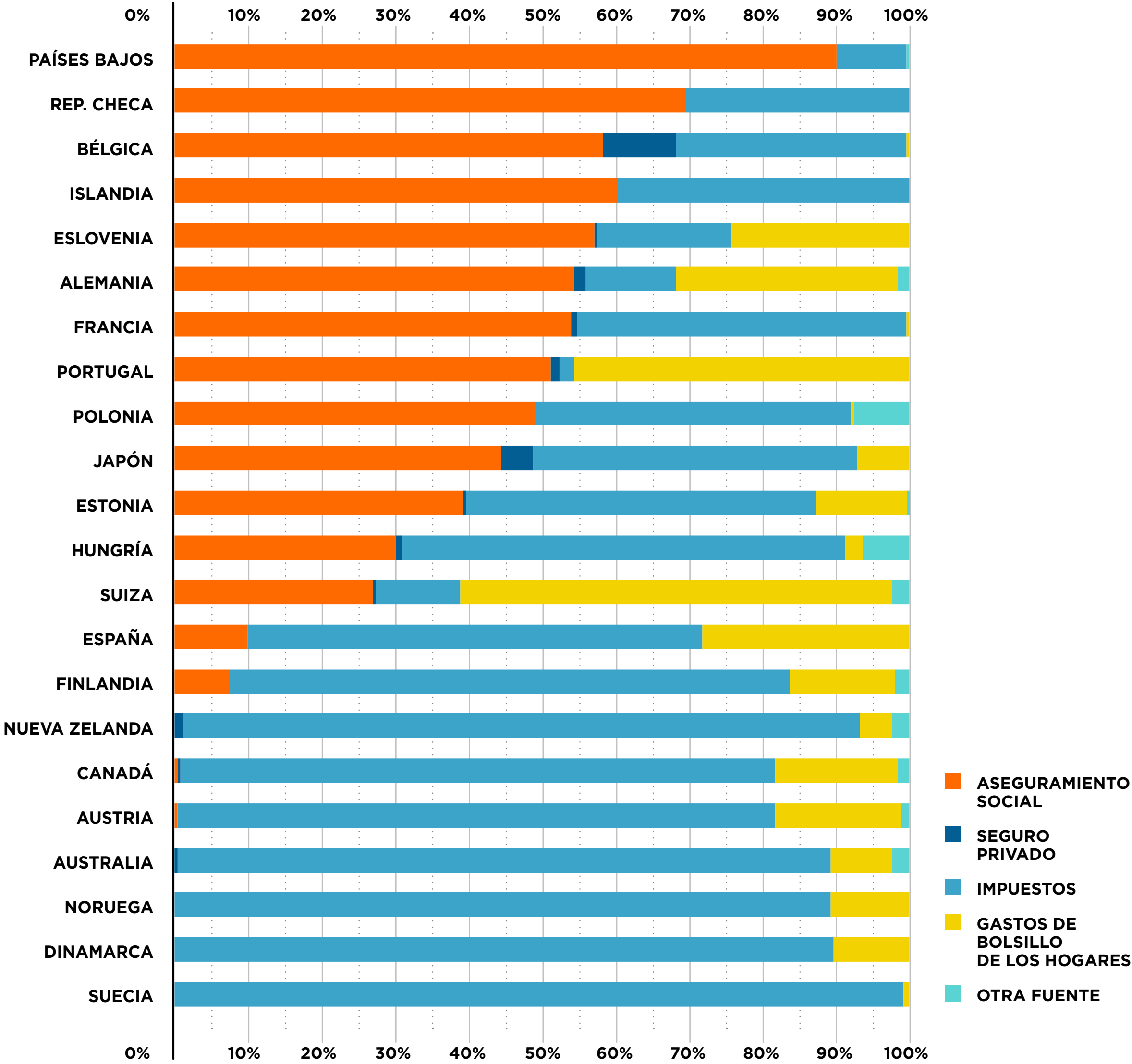


## 2.3. Cómo financiar los servicios de atención

En general, **los países que quieren diseñar un sistema de atención a la dependencia eligen entre modelos de financiación basados principalmente en el aseguramiento social o en los impuestos generales.** Aunque estos modelos utilizan como principales mecanismos de financiamiento las contribuciones obligatorias y las rentas generales, respectivamente, pueden prever también el uso de mecanismos de financiación complementarios, como los seguros privados y el gasto de bolsillo de los hogares (figura 5) <sup>8</sup>.

En el modelo de financiación basado en el aseguramiento social, las personas realizan una contribución obligatoria, generalmente a través de un impuesto al salario. Cuando se trata de trabajadores asalariados, dicha contribución usualmente se comparte entre el trabajador y el empleador. El dinero recaudado va a un fondo exclusivo para gastos de atención a la dependencia y solo las personas que desarrollan dependencia reciben beneficios. Normalmente, los países que utilizan este modelo también financian la salud a partir de contribuciones, como Alemania, Corea del Sur y Países Bajos (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Unión Europea, 2013). Este método suele ser complementado con impuestos generales, que se utilizan para financiar los servicios ofrecidos a las personas que no realizan contribuciones. Alemania es un ejemplo de país que eligió el modelo de financiación basado en el aseguramiento social. En particular, a mediados de los noventa, Alemania

**Figura 5.** Mecanismos para financiar los servicios de atención a la dependencia



**Notas:** La fuente utiliza como base de datos Costa-Font, Courbage y Swartz, 2015. Adaptado de *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados* (p. 23), de N. Medellín et al., 2018 (<https://publications.iadb.org/es/cuatro-elementos-para-disenar-un-sistema-de-cuidados>). Derechos de autor (2018) del Banco Interamericano de Desarrollo.



introdujo un seguro social para financiar la atención a la dependencia a través de un impuesto al salario. La tasa impositiva ha aumentado de manera paulatina, pasando desde el 1% inicial, hasta el 2,55% actual. Además, a partir de 2004, los pensionistas también deben realizar contribuciones y las personas sin hijos contribuyen con una tasa mayor sobre su salario (2,85%) (Colombo et al. 2011; Federal Ministry of Health, 2017). En el caso de Corea del Sur, el sistema se inició con una contribución del 0,21% del salario en 2008 y ha aumentado al 0,55% en 2019 (National Health Insurance Service, 2019).

En el caso del modelo de financiación por medio de impuestos generales, no se utiliza un fondo específico para financiar la atención a la dependencia. La base de recaudación es más amplia respecto a la del modelo de financiación basado en el aseguramiento social, ya que no se limita a los salarios y toda la población contribuye. Sin embargo, el hecho de no tener un fondo específico puede ocasionar que los recursos disponibles para el sistema de atención a la dependencia sean menos predecibles o sean vulnerables a cambios de criterio en los gobiernos. Los países nórdicos (Noruega, Suecia, Dinamarca y Finlandia) son un ejemplo clásico de la financiación a partir de impuestos generales (figura 5).

Un modelo de financiación basado en contribuciones o en impuestos tiene ventajas y desventajas que, además, deben analizarse desde la

perspectiva de ALC (tabla 2). Por ejemplo, la informalidad laboral puede limitar la implementación de un modelo basado en el aseguramiento social <sup>9</sup>.

Con el fin de aumentar los recursos disponibles, la mayoría de los sistemas utilizan como mecanismo de financiación complementario el gasto de bolsillo de las personas con dependencia y de sus familias. Una estrategia es requerir a los beneficiarios pagos proporcionales a sus recursos y a las rentas familiares. Por ejemplo, en Francia las personas que reciben la transferencia de autonomía personal (*allocation personnalisée d'autonomie*) para compra de servicios en domicilio deben contribuir con un porcentaje del monto total de su plan de atención, a menos que sus recursos sean inferiores a 811 euros mensuales. Dicho porcentaje puede llegar al 90% del plan cuando los recursos exceden los 2.987 euros mensuales (Service-public, s.f.). Otros sistemas establecen copagos para todas las personas que reciben beneficios. Por ejemplo, Corea del Sur requiere que los usuarios del sistema aporten el 20% del costo de la atención institucional y el 15% de la atención domiciliaria, a menos que estén en situación de pobreza (Caruso Bloeck, Galiani e Ibarrarán, actualmente en prensa; National Health Insurance Service, 2019).

Los seguros privados son otro mecanismo de financiación, aunque normalmente representan una proporción muy pequeña del gasto



**Tabla 2 .** Ventajas y desventajas de los dos principales modelos de financiación

	ASEGURAMIENTO SOCIAL	IMPUESTOS GENERALES
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Difícil de evadir, ya que se basa en contribuciones obligatorias.</li><li>• Recursos predecibles, pues existe un fondo específico.</li><li>• Conexión entre contribuciones y beneficios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mayor base fiscal, pues incluye ganancias por capital e imposición indirecta y todos aportan.</li><li>• El acceso a beneficios no depende de la condición laboral.</li><li>• Se puede combinar fácilmente con focalización por ingresos.</li></ul>
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Las personas que no tienen un trabajo formal no tienen derecho a los beneficios del seguro.</li><li>• Se limita a los ingresos por salarios.</li><li>• Es difícil modificar los beneficios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Flujo menos predecible, pues no existe un fondo específico.</li><li>• Dificultad para asegurar recursos, pues compite con otras causas.</li></ul>

**Fuente:** Elaboración de los autores, a partir de Joshua, 2017, y Lee, 2019.

total en atención a la dependencia. La participación de los seguros privados en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es menor al 2%, con la excepción de Bélgica (10%) y Japón (4%) (Costa-Font, Courbage y Swartz, 2015). Esto se explica por la dificultad de predecir los riesgos de dependencia y el costo del cuidado, que varía tremendamente en función de la intensidad y la duración de la dependencia (Barr, 2010; Caruso Bloeck, Galiani e Ibarrarán, actualmente en prensa). En consecuencia, el aseguramiento privado no se utiliza como un mecanismo de financiación único ni principal; es decir, solo representa un complemento para la financiación de los sistemas de atención a la dependencia.



## 2.4. Cómo asegurar una atención de calidad

Ofrecer servicios de calidad es fundamental porque la calidad influye tanto en los resultados de salud como en la autonomía y en las condiciones de vida de los adultos mayores con dependencia y de sus familias. **Los gobiernos** juegan un importante papel como promotores, reguladores y supervisores de la calidad e **inciden de especial manera en dos áreas:**

1. **formación** y otras políticas de recursos humanos; y
2. **regulación** y **monitoreo** de la calidad de los servicios.

Las políticas de recursos humanos en materia de atención a la dependencia incluyen la formación profesional y aquellas iniciativas que promueven la valoración de las tareas de cuidado, así como la salud física y mental de los cuidadores. Estas políticas fomentan mejores interacciones entre la persona con dependencia y su cuidador (formal o informal), un aspecto clave para la calidad de la atención (Malley, Trukeschitz y Trigg, 2016). En cuanto a la formación, los gobiernos pueden facilitar la definición de los contenidos de los programas y las competencias deseables en los cuidadores, promover el acceso a cursos de capacitación y administrar licencias y/o certificaciones. Los estándares de entrenamiento en cuanto al tipo de capacitación (teórica o práctica) y su duración varían mucho entre países (Colombo et al., 2011). Japón es un modelo de buena práctica al establecer legal-

mente la certificación del trabajador del cuidado (*Kaigo Fukushima Shi*). Los requisitos profesionales son revisados periódicamente por una asociación profesional nacional (The Japan Association of Certified Care Workers, s.f.; Lanfang, Zaaba y Umemoto, 2012). Para presentarse al examen de certificación, los candidatos deben acreditar que han recibido un entrenamiento presencial en alguna institución o que cuentan con experiencia en instituciones de cuidado o una combinación de ambas cosas. Suecia es, por su parte, un ejemplo de esfuerzos de apoyo a cuidadores familiares: la ley requiere al gobierno ofrecer información y capacitación, entre otros servicios de apoyo, para promover que los cuidadores familiares realicen mejor sus tareas de cuidado y sobrelleven la responsabilidad de cuidar, manteniéndose saludables a nivel físico y mental (Triantafillou et al., 2010; Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, s.f.). Finalmente, en el caso de los cuidadores remunerados, un análisis entre los países de la OCDE encontró que mejorar las condiciones de trabajo, incluyendo tanto la remuneración como otros aspectos (formalidad laboral, seguridad y salud del cuidador, autonomía profesional, reconocimiento, etc.), contribuye a mejorar la calidad del cuidado (Colombo y Muir, 2016).



La regulación de los servicios es crucial para promover una atención de calidad y consiste en:

1. **establecer estándares de calidad** para los proveedores; y
2. **monitorear de forma continua** a través de inspecciones y reportes que dichos estándares se cumplan, así como aplicar sanciones (o recompensas) para incentivar su cumplimiento.

El gobierno establece estándares mínimos que deben cumplir los proveedores de servicios de atención de larga duración. Algunos ejemplos son especificaciones sobre la infraestructura, ratios de personal y formación mínima. Las herramientas utilizadas para promover el cumplimiento de los estándares mínimos son usualmente licencias y acreditaciones, que pueden ser requisitos para la operación del proveedor o para recibir financiación pública.

El uso de inspecciones para monitorear el cumplimiento de estándares mínimos es un elemento crítico para asegurar la calidad de los servicios. Prácticamente todos los países con sistemas de atención a la dependencia realizan inspecciones periódicas para asegurar la calidad y la gran mayoría las hacen sin previo aviso (Mor, Leone y Maresso, 2014). En cuanto a las sanciones y recompensas, Estados Unidos e Inglaterra siguen el enfoque de aplicar sanciones a aquellos proveedores que no

cumplen con los estándares (Mor, Leone y Maresso, 2014). En Japón, por otro lado, una tercera entidad se encarga de las inspecciones, dando lugar a un sistema que incluye tanto castigos como premios en función del desempeño (Wiener et al., 2007).

Algunos países hacen públicos los reportes de monitoreo de calidad y de las inspecciones. Por ejemplo, los Países Bajos facilitan en una página web información que resume el desempeño en calidad de las instituciones para uso de los consumidores (Triemstra et al., 2010). De manera similar, el gobierno de Estados Unidos tiene un directorio donde los usuarios pueden comparar los resultados de las inspecciones y los indicadores de calidad de la atención en las residencias. Dichos indicadores se calculan, entre otras fuentes, a partir de un instrumento estandarizado para evaluar clínicamente a los residentes (*Minimum Data Set*). Con estos esfuerzos se busca empoderar la capacidad de elección de los consumidores e incentivar a los proveedores a promover la calidad.



La regulación de cuidados domiciliarios está menos desarrollada en comparación con el cuidado en instituciones. Además, medir la calidad de los servicios que se prestan en el domicilio es más complicado, aunque existen algunos avances. En este renglón es interesante el modelo de seguimiento de la atención domiciliaria del País Vasco, en España, que se enfoca en garantizar que la atención se presta efectivamente, que es adecuada, que se trabaja en condiciones idóneas y que los cuidados se realizan de forma segura (Leturia et al., 2015).

En el siguiente video, conoce en primera persona el valioso testimonio de Nirley, **una cuidadora formada en atención a la dependencia.**



## Video 5.

# Formación y calidad de la atención a la dependencia

Ya se trate de familiares o de trabajadores formales, la capacitación continua de los cuidadores mejora la calidad de los servicios de atención a la dependencia. Acreditar los conocimientos adquiridos contribuye a profesionalizar este sector.



Reproducir video



“ Con un curso **uno le da valor a su trabajo**, pero, además, **el trabajo es reconocido** como tal. ”

Comenta **Nirley**, formada en atención a la dependencia.



**En 30 años**

la **demanda** de .....  
**servicios**  
de **atención** para  
**adultos mayores** será  
más que el **triple**



y se **reducirá**  
la **oferta**  
por parte de  
las **familias**



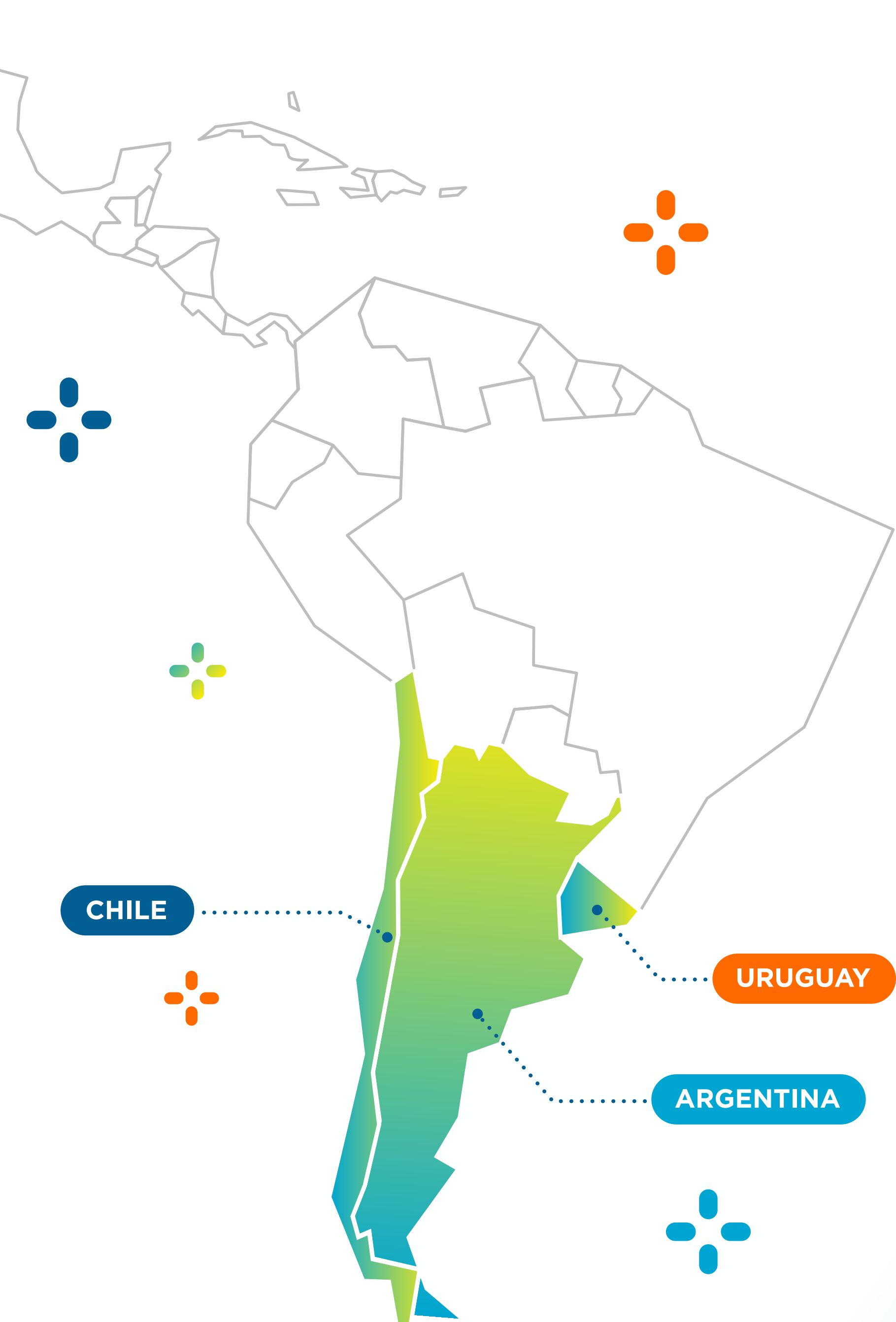


# 3.

## ¿Qué están haciendo los países de la región?

La mayoría de los países de ALC no están preparados para hacer frente a una mayor demanda de servicios de atención a la dependencia para adultos mayores. Si bien muchos países de esta región cuentan con instituciones, leyes y programas específicos para adultos mayores, son pocos los que han diseñado e implementado un sistema de atención a largo plazo. Además, incluso en países que cuentan con un sistema de atención, hace falta desarrollar estrategias a favor de los familiares, en particular de las mujeres, que siguen siendo la fuente principal de servicios de apoyo.

Esta sección **presenta información sobre tres países de ALC (Argentina, Chile, y Uruguay) que han avanzado en la construcción de sistemas de atención a largo plazo.** En cada caso de estudio, hemos





identificado la forma en que cada país abordó los cuatro elementos clave en el diseño de su sistema: qué servicios proveer, para quién, cómo financiarlos y cómo promover servicios de calidad.

Hemos seleccionado los casos de Argentina, Chile y Uruguay por dos razones. Primero, la experiencia de cada uno de estos países está lo suficientemente avanzada para poder servir como referencia y ofrecer lecciones a otros países de la región. Segundo, cada experiencia seleccionada incluye elementos peculiares y, por lo tanto, ofrece una perspectiva distinta sobre cómo diseñar un sistema de atención a la dependencia. Por ejemplo, Uruguay es el primer país de la región en implementar un sistema de atención a largo plazo de carácter nacional, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Este sistema está financiado principalmente a través de rentas generales (Aranco y Sorio, 2019). Chile también financia su sistema de atención, Chile Cuida, a través de impuestos. Aunque Chile Cuida solo opera actualmente en 20 de las 346 comunas del país, prevé expandirse progresivamente. Por esta razón, la experiencia de Chile Cuida es una referencia para países interesados en implementar un sistema de atención en pequeña escala, para posteriormente ampliarlo. Otro elemento peculiar de Chile Cuida es su papel en la coordinación de la oferta de los servicios existentes que, como en muchos países de la región, está articulada por diferentes instituciones y programas. Por último, en Argentina, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

(INSSJP), más conocido como PAMI, constituye un ejemplo de modelo de financiación basado en el aseguramiento social. A su vez, el PAMI es un modelo regional de oferta integrada de servicios sociosanitarios para adultos mayores.

Aunque esta sección se enfoca en los casos de Uruguay, Chile y Argentina, otros países de la región (por ejemplo, Brasil, Colombia y Costa Rica) están desarrollando políticas para la atención a la dependencia de los adultos mayores, incluso a nivel local o municipal. Por ejemplo, en Costa Rica, las comunidades pueden postularse para recibir apoyo del gobierno central con el fin de implementar una red de servicios de cuidado de las personas mayores (Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Adultas Mayores), que pueden incluir asistencia domiciliaria, centros de día y residencias a largo plazo<sup>10</sup>. A nivel nacional cabe destacar el caso de Colombia, que se encuentra en pleno proceso de construcción del Sistema Nacional de Cuidados (SINACU) para atender las necesidades de apoyo de las personas con dependencia funcional y de sus cuidadores (Flórez, Martínez y Aranco, 2019).





## 3.1. Uruguay

Uruguay es el primer país de ALC con un sistema nacional de servicios de apoyo para personas en situación de dependencia funcional. En diciembre de 2015, empezó a operar el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) <sup>11</sup>. El SNIC no se limita a proveer servicios de atención para adultos mayores con dependencia, sino también para niños y personas con discapacidad. Debido a razones presupuestarias, el SNIC establece prioridades de cobertura con respecto a la población objetivo y a los servicios de atención ofrecidos a los adultos mayores con dependencia. Los criterios de elegibilidad para definir a la población objetivo para cada servicio de atención son el nivel de dependencia y la edad. El primero es determinado según un baremo que indaga las dificultades para realizar actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

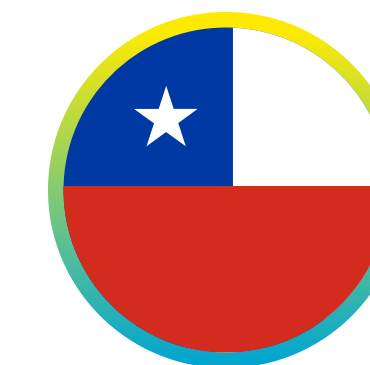
Los servicios de atención ofrecidos por el sistema para los adultos mayores son:

- servicios de asistentes personales en el domicilio durante 80 horas mensuales, para los adultos mayores de 80 años o más con dependencia severa <sup>12</sup>;
- teleasistencia, para los adultos mayores de 70 años o más con dependencia moderada o leve; y
- servicios en centros de día (acceso gratuito), para los adultos mayores de 65 años o más con dependencia moderada o leve.

Respecto al nivel de cobertura, los últimos datos muestran que hay 2.079 personas mayores de 80 años recibiendo el servicio de asistentes personales a domicilio, 1.225 usuarios del servicio de teleasistencia y siete centros de día que atienden a 117 personas <sup>13</sup>. Solo un 5,9% de la población de 70 años o más en situación de dependencia recibe algún tipo de servicio por parte del sistema <sup>14</sup>. Sin embargo, entre los que efectivamente demandaron algún servicio del sistema, la tasa de cobertura es mucho mayor y alcanza al 67% de las personas de 70 años o más.

El sistema se financia, en su mayor parte, a través de rentas generales. La financiación se complementa con copagos de los usuarios que se definen según el nivel de ingresos del hogar y, en el caso de los centros de día, con aportes de los gobiernos locales y las organizaciones civiles. Para los servicios de asistentes personales a domicilio y de teleasistencia, el Estado financia parte del costo del servicio (100%, 67% o 33%) en función del ingreso del hogar, siendo el resto cubierto por el copago del propio usuario o de su familia. La gran mayoría de los beneficiarios pertenece a estratos socioeconómicos bajos y, por lo tanto, recibe altos porcentajes de financiación: cerca del 98% de los usuarios, tanto de servicios de asistentes personales como de teleasistencia, percibe un subsidio igual o mayor al 67% (Junta Nacional de Cuidados, 2018). En 2017, el presupuesto total del SNIC (incluyendo los servicios de atención para niños, jóvenes con





## 3.2. Chile

dependencia y adultos mayores con dependencia) llegaba a 26,5 millones de dólares americanos, lo que equivalía al 0,04% del Producto Interno Bruto (PIB) del país. Casi el 70% de esto estaba dedicado al servicio de asistentes personales a domicilio (Junta Nacional de Cuidados, 2018). Si estuviera completamente implementado con una cobertura del 60%, el SNIC tendría un costo del 0,19% del PIB, considerando los servicios para adultos mayores, niños y personas con discapacidad (Matus-López, 2017).

Con el fin de mejorar la calidad de los servicios, así como de valorizar y profesionalizar la tarea de cuidado, se imparten cursos obligatorios de formación para los cuidadores y se establecen estándares mínimos para la habilitación de las residencias a largo plazo, tanto públicas como privadas, en términos de infraestructura, servicios y recursos humanos. A finales de abril de 2019, había 4.291 personas trabajando como asistentes personales, de las cuales 1.380 ya habían completado el curso de atención a la dependencia<sup>15</sup>. Además, recientemente se abrió la posibilidad de que las residencias a largo plazo accedan, a través del SNIC, a créditos por un importe máximo de 16.000 dólares americanos para mejorar la calidad del servicio, invirtiendo en infraestructura, equipamiento y mobiliario, así como capacitación y formación del personal.

A finales del año 2016, Chile creó su Sistema Nacional de Apoyo y Cuidado (Chile Cuida). El sistema opera actualmente en 20 de las 346 comunas del país y tiene la prospectiva de ampliarse a todo el territorio nacional de forma progresiva. Chile Cuida tiene un doble rol: por un lado, provee servicios de atención a personas en situación de dependencia y, por el otro, coordina la oferta de los servicios existentes en estas 20 comunas.

Con respecto al primer papel, Chile Cuida brinda servicios de asistentes personales a domicilio a personas que:

- tienen 18 años o más;
- presentan dependencia severa o moderada según el índice de Barthel; y
- son parte del 60% de los hogares más vulnerables del país, según el Registro Social de Hogares.



Chile Cuida utiliza, entonces, tres criterios de elegibilidad para definir su población objetivo: edad, nivel de dependencia y nivel de ingresos. Además de los servicios de asistentes personales, Chile Cuida transfiere recursos financieros a las comunas participantes para que se realicen adaptaciones a la vivienda de las personas dependientes. Debido a su restringido alcance geográfico, la cobertura de Chile Cuida es, hoy en día, limitada.

El segundo rol de Chile Cuida es el de mejorar la coordinación de la oferta de servicios de atención a la dependencia. Cabe destacar que la oferta no se limita a los servicios de Chile Cuida, ya que incluye servicios preexistentes como los ofrecidos por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)<sup>16</sup>. En las 20 comunas en que Chile Cuida tiene cobertura, la oferta general incluye servicios de asistentes personales a domicilio, servicios en los centros de día, servicios en residencias a largo plazo y servicios para cuidadores. Estos servicios son articulados por diferentes programas y no tienen mecanismos de acceso uniformes. En algunos casos, el acceso se produce a través de la postulación directa del adulto mayor o de sus familiares, mientras que, en otros, es el sistema de salud el que realiza la derivación. Chile Cuida, a través de la Red Local de Apoyos y Cuidados de cada comuna, centraliza la derivación de casos de los diferentes programas, homogeneizando los criterios de acceso. La derivación se maneja en coordinación con el

Ministerio de Salud. En particular, el Ministerio de Salud envía a Chile Cuida la lista de personas con dependencia y, en función de esta lista, un coordinador de Chile Cuida visita los hogares para evaluar la necesidad de cuidados y hacer la derivación correspondiente.

Chile Cuida se financia vía impuestos generales. Su presupuesto anual en 2019 es de 6,5 millones de dólares, que equivale a un 0,002% del PIB. El bajo costo de Chile Cuida se puede explicar por su escala limitada.

Para promover la calidad de los servicios, Chile Cuida cuenta con varias herramientas. La primera consiste en establecer los requisitos mínimos de capacidad de gestión y de oferta de servicios para que las comunas puedan ser elegidas como participantes en el sistema. Una segunda herramienta es la inspección de las residencias a largo plazo que ya existen para garantizar que cumplan con estándares mínimos de calidad. Por último, las comunas de Chile Cuida son responsables de capacitar a los cuidadores que proveen servicios de atención a domicilio y de brindar servicios de orientación a los familiares.





### 3.3. Argentina

En Argentina, el PAMI se destaca como un modelo de oferta integrada de servicios sociosanitarios para adultos mayores. Actualmente, el PAMI cuenta con más de 4,9 millones de afiliados, que corresponden al 88% de las personas con más de 60 años del país. Los afiliados son los jubilados y pensionistas del régimen nacional contributivo, los receptores de pensiones no contributivas, y los veteranos de guerra de las Malvinas y sus familiares.

El PAMI ofrece a los adultos mayores afiliados tanto servicios de salud como sociales, incluyendo servicios de atención a la dependencia. Entre los servicios en especie para personas dependientes, el PAMI incluye servicios en clubes/centros de día y servicios integrales, como la internación geriátrica<sup>17</sup>. Los beneficiarios de los servicios se priorizan en función del nivel de dependencia, la edad, la condición médica y la condición socioeconómica<sup>18</sup>. Cabe destacar que el PAMI paga a los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, según el número de afiliados que reciben servicios de atención.

El PAMI también ofrece transferencias mediante subsidios para servicios en el domicilio y subsidios económicos para los afiliados que tienen necesidades básicas insatisfechas (escasez de comida, vivienda en mal estado, lejanía de la red familiar, etc.), según los resultados de un estudio socioeconómico previo. Los beneficiarios no tienen que reportar cómo gastaron el dinero de los subsidios.

Para los adultos mayores no afiliados al PAMI, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social pone a disposición ocho residencias a largo plazo que brindan atención integral a personas mayores que no tienen cobertura ni recursos económicos. La DINAPAM también provee recursos para el fortalecimiento institucional de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil que brindan servicios de atención para adultos mayores.

Los servicios del PAMI se financian a través de un sistema de aseguramiento social contributivo que se basa principalmente en retenciones obligatorias de trabajadores activos, empleadores y jubilados (72% del presupuesto, en 2019). El resto del presupuesto proviene de transferencias del gobierno nacional y de otros ingresos corrientes. En particular, los trabajadores dependientes contribuyen al presupuesto general del PAMI con el 3% de su sueldo y sus empleadores con el 2%; los trabajadores independientes, por su parte, aportan el 5%, y los jubilados el 3% hasta alcanzar el beneficio mínimo previsional y, de ahí en adelante, el 6%. Cabe destacar que las contribuciones al PAMI no distinguen entre aportes para financiar los servicios de atención a la dependencia y el resto de los servicios que ofrece. El presupuesto del PAMI en el año 2019 ascendió a 199.688 millones de pesos argentinos, que corresponden aproximadamente al 1% del PIB (PAMI, 2019). De este monto, aproximadamente un 5% corresponde a servicios de atención a la dependencia.



Con el fin de promover la calidad de los servicios, la DINAPAM, en el marco del Programa de Cuidadores Domiciliarios, y a través de varias instituciones como gobiernos provinciales, municipios, universidades u organizaciones de la sociedad civil, brinda cursos de formación y actualización para cuidadores. La formación es presencial y gratuita para personas con más de 18 años y escolaridad primaria. Los que aprueban el curso de formación reciben un certificado nacional que habilita la inscripción en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Los cuidadores inscritos en dicho registro pueden beneficiarse también de servicios de intermediación laboral que les ayudan en la búsqueda de empleo. Se estima que los cuidadores capacitados a finales de 2015 eran alrededor de 50.000 (Huenchuan, 2016). Además, la DINAPAM ha elaborado [manuales gratuitos para cuidadores domiciliarios](#) y una [guía de autocuidado](#) disponibles en línea. Con respecto a los estándares, los centros de día deben cumplir con acreditación comercial y, al igual que las residencias, contar con acreditación sanitaria y cumplir con los requerimientos de la Superintendencia de Servicios de Salud. El PAMI realiza inspecciones para fiscalizar el cumplimiento.

“ Para **prevenir caídas**, **evite el encandilamiento**: no mire directamente las luces brillantes, por ejemplo, las de los autos al cruzar la calle de noche. Si el ambiente está oscuro y enciende la luz, no mire directamente hacia ella. ”

*Guía de autocuidado de la salud de las personas mayores,  
Ministerio de Desarrollo Social de Argentina.*

Algunos países han elaborado manuales para cuidadores domiciliarios y guías de autocuidado disponibles en línea, como [este de Argentina](#) que promueve comportamientos y estilos de vida saludables para alcanzar la mayor autonomía en esta etapa de la vida.



# 4.

## ¿Cuánto nos costaría un sistema de atención a la dependencia?

Frente al rápido envejecimiento de la población, los gobiernos de ALC tienen ante sí el triple reto de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social, incrementar la eficiencia de los sistemas de salud y construir sistemas de atención a la dependencia. Para hacer frente a cada uno de estos desafíos es fundamental contar con información sobre los costos de los sistemas. Mientras existen varias estimaciones sobre seguridad social y salud, hasta fechas recientes seguía habiendo incertidumbre sobre los gastos que implica un sistema de atención a la dependencia.

La OCDE y la Comisión Europea (CE) son dos instituciones que miden el gasto en cuidados de largo plazo en sus países miembros de manera sistemática (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Econó-



mico [OCDE], 2017; Comisión Europea [CE], 2018). A diferencia de las estimaciones de costos de ALC, ambas instituciones incluyen en la medición de gastos tanto los servicios sociales como los servicios de salud para personas con dependencia, obteniendo resultados similares. En particular, en 2016, **el gasto promedio de los países de la Unión Europea fue el 1,6% <sup>19</sup> del PIB, mientras que, en 2015, el gasto promedio de los países de la OCDE fue el 1,7% del PIB.**

Existe una variación importante en el gasto en cuidados de largo plazo entre los distintos países. Por ejemplo, en el caso de la OCDE, el rango de gastos va desde el 0,2% en Estonia y Hungría, hasta el 3,7% en los Países Bajos. A pesar de estas diferencias, entre el 2005 y el 2015, el gasto aumentó para todos los países de la OCDE, revelando un



aumento anual promedio del 4,6% <sup>20</sup> (OCDE, 2017). Las proyecciones indican un crecimiento sustancial del gasto en cuidados de largo plazo en los próximos años. Según la CE, el gasto promedio puede crecer un 73% para el año 2070 (CE, 2018).

En ALC solo hay estudios sobre el costo de los servicios de largo plazo para cuatro países: Chile (Matus-López y Cid, 2014), Costa Rica (Matus-López, 2019), México (González-González et al., 2019) y Uruguay (Matus-López, 2017; Colacce y Manzi, 2017). Estos estudios son simulaciones para estimar el costo potencial de un sistema de atención a la dependencia, utilizando distintos escenarios. Por ejemplo, **en el escenario de que el sistema de Uruguay estuviera implementado para la totalidad de sus servicios con una cobertura del 60% de la población objetivo, el costo del sistema sería de 0,19% del PIB.** Sin embargo, como se mencionó antes, Uruguay gasta actualmente solo el 0,04% del PIB debido a que su sistema de atención se ha implementado de manera parcial. Con respecto a los demás países, si Chile, Costa Rica y México pusieran en marcha sistemas de atención a largo plazo, el costo de dichos sistemas, según los escenarios base de estas simulaciones, sería el 0,45%, 0,48% y 0,13% del PIB, respectivamente <sup>21</sup>. El recuadro 2 ofrece una explicación más detallada sobre la información necesaria para construir un modelo de simulación de costos, así como sobre los posibles escenarios, utilizando la simulación de México como ejemplo (González-González et al., 2019).

Existe una diferencia sustancial en las estimaciones de costos de ALC con respecto a las de la OCDE y la CE: ALC no incluye los servicios de salud, enfocándose en el costo de los servicios de atención a la dependencia. No sorprende entonces que las estimaciones de ALC sean menores a las de la OCDE y la CE. En particular, según Matus-López (2019), las estimaciones enfocadas únicamente en el costo de los servicios de atención a la dependencia, como las de ALC, corresponden a entre el 40 y el 60% de las estimaciones que incluyen también los servicios de salud. La diferencia en la magnitud de las estimaciones también se puede explicar por el hecho de que la población de ALC es considerablemente más joven que la de los países europeos y de la OCDE. Por lo tanto, el porcentaje de la población en situación de dependencia y el costo de la atención a la dependencia son más bajos. Otra diferencia está vinculada al empleo de enfoques *top-down* o *bottom-up*. La OCDE y la CE emplean un enfoque *top-down*, o macro, en el sentido de que la información se obtiene a partir de los sistemas de contabilidad nacionales de los países miembros. Al contrario, las simulaciones para países de ALC emplean un enfoque *bottom-up*, o micro; es decir, utilizan la información sobre la prevalencia de la dependencia y los costos de los servicios de atención ofrecidos en el mercado y realizan supuestos sobre la población objetivo, las categorías de servicios brindados por el sistema y el nivel de cobertura (González-González et al., 2019).



La implementación de un sistema de atención a la dependencia no supone solamente costos para la economía de un país. **Existen ahorros implícitos que contribuyen a la sostenibilidad económica** y que no suelen estar contabilizados en los estudios. **El primero está relacionado con el costo de oportunidad del cuidado informal.** Es decir, los servicios ofrecidos por un sistema de atención a la dependencia liberan tiempo de los cuidadores informales, generalmente las mujeres de las familias, generando un “ahorro social” equivalente al valor del tiempo liberado. Este tiempo podría ser utilizado para aumentar la oferta de trabajo o ser consumido como tiempo libre. Según el modelo de simulación de costos implementado en México, el valor del ahorro social varía entre 0,04 y 0,07% del PIB (González-González et al., 2019).

**El segundo ahorro implícito es el “ahorro sanitario”** y se produce como consecuencia de que la implementación de un sistema de atención a la dependencia puede reducir el costo de los servicios de salud. Por ejemplo, en España, una reforma que expandió el acceso a servicios de atención a la dependencia resultó en una reducción de las admisiones hospitalarias y de la duración de las estadías, disminuyendo los costos hospitalarios un 11% (Costa-Font, Jiménez-Martín y Vilaplana, 2018). Asimismo, según un estudio realizado en Francia, los beneficiarios de transferencias para cuidados de larga duración utilizaron los costosos servicios de emergencia en menor medida que los no beneficiarios, favoreciendo ahorros en el sistema de salud

(Rapp et al., 2015). Consideramos que generar más información sobre los ahorros implícitos relacionados con la implementación de sistemas de atención a la dependencia, tanto sociales como sanitarios, debe ser un tema prioritario para ALC en los próximos años.

“ En América Latina y el Caribe hay poca claridad sobre **cuánto cuesta un sistema de atención a la dependencia**. Y es una **información fundamental para tomar decisiones**. ”

Nos cuenta **Ferdinando**, jefe de la División de Protección Social y Salud del BID.



## Recuadro 2. Modelo de simulación de costos de un sistema de atención a la dependencia

Utilizando como referencia el modelo de simulación implementado en México (para detalles, véase González-González et al., 2019), este recuadro presenta la información necesaria para estimar el costo de un sistema de atención a la dependencia, así como posibles escenarios de simulación.

La información básica necesaria para implementar un modelo de simulación de costos incluye:

### 1. Demanda de servicios de atención a la dependencia.

La demanda corresponde a la proporción de adultos mayores en situación de dependencia funcional.

### 2. Parámetros de políticas públicas.

Estos parámetros corresponden a las decisiones de políticas públicas que es necesario tomar al diseñar un sistema de atención a la dependencia. El modelo asume que el Estado financia el sistema por rentas generales y garantiza el cumplimiento de estándares mínimos de calidad, enfocándose en dos parámetros:

- A quién proveer servicios de atención. Este parámetro define la población objetivo del sistema a través de criterios como el nivel de dependencia y la edad.

- Qué servicios proveer. Este parámetro define las categorías de servicios ofrecidas por el sistema ante la variedad disponible. Es importante destacar que, por lo general, solo se consideran los servicios de atención a la dependencia y no los servicios de salud. Además, el modelo requiere que se indique la intensidad de cada servicio, es decir, el número de horas durante las cuales se brinda cada servicio.

Considerando que es poco probable que un sistema de atención a la dependencia consiga cubrir al 100% de la población objetivo en los primeros años de implementación, el modelo permite definir escenarios de cobertura por cada categoría de servicios. Por ejemplo, el modelo permite limitar al 50% la población objetivo para acceder a los servicios de atención a domicilio. La posibilidad de definir escenarios de cobertura restringidos es una forma de simular las restricciones presupuestarias de los gobiernos <sup>22</sup>.

### 3. Parámetros de costos de los servicios.

Estos parámetros son los costos unitarios asociados con cada servicio (por ejemplo, los salarios de los asistentes personales o el costo mensual del servicio de teleasistencia).



Continuación Recuadro 2.  
Modelo de simulación de costos de un  
sistema de atención a la dependencia

La figura 6 muestra cómo se combinan estos bloques de información para estimar el costo total de un sistema de atención a la dependencia. En particular, los beneficiarios del sistema se determinan restringiendo la población objetivo a los niveles de cobertura definidos por cada categoría de servicio. A su vez, el costo de cada categoría de servicio corresponde a la multiplicación del número de beneficiarios

por el costo unitario de cada servicio y su intensidad (i.e. número de horas provistas anualmente). Por último, el modelo asume que el Estado enfrenta un costo administrativo que representa, por ejemplo, el 10% del costo total del sistema.

Figura 6. Estructura del modelo de simulación de costos de un sistema de atención a la dependencia



**Nota:** Adaptado de *Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México*, de C. González-González et al., 2019. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Derechos de autor (2019) del Banco Interamericano de Desarrollo.



**Continuación Recuadro 2.**  
**Modelo de simulación de costos de un sistema de atención a la dependencia**

Con el fin de brindar un ejemplo concreto de los distintos escenarios posibles en la definición de un modelo de simulación de costos, se presentan a continuación los escenarios utilizados en el caso de México (González-González et al., 2019).

**Escenario base**

- **Población objetivo:** adultos mayores de 70 años y más con dependencia severa.
- **Cobertura:** 50%.
- **Categoría de servicios ofrecida:** servicio de asistentes personales en el domicilio durante 80 horas al mes.

**Escenario extendido**

Este escenario incluye dos poblaciones objetivo, asociadas a su vez a diferentes coberturas y categorías de servicios ofrecidas.

**Población objetivo (a):**

Adultos mayores de 70 años y más con dependencia severa.

- **Categorías de servicios ofrecidas con cobertura del 50%:**
  - » Servicios de asistentes personales en el domicilio durante 120 horas al mes.
  - » Servicios de teleasistencia.
  - » Una consulta médica al mes.

- **Categoría de servicios ofrecida con cobertura del 10%:**

- » Servicios en residencia a largo plazo.

**Población objetivo (b):**

Adultos mayores de 70 años y más con dependencia leve.

- **Cobertura para la población objetivo (b):** 25%.
- **Categorías de servicios ofrecidas:**
  - » Servicios de asistentes personales en el domicilio durante 20 horas al mes.
  - » Servicios de teleasistencia.



# 5.

## ¿Por dónde debemos empezar?

La magnitud del costo de financiar un sistema de atención a la dependencia, así como los desafíos de implementación en términos de gobernanza institucional y recursos humanos, pueden resultar abrumadores e inhibir a los gobiernos a la hora de actuar. Esto parece ser lo que ha pasado en la mayoría de los países de ALC. Una ruta más adecuada puede ser planear la implementación de un sistema de atención a largo plazo a pequeña escala, para posteriormente expandirlo de manera gradual. En otras palabras: **empezar ya, aunque se haga a pequeña escala.**

Como mencionamos anteriormente, Uruguay y Chile son dos ejemplos de países de ALC que han empezado a implementar un sistema de atención a la dependencia en pequeña escala con la perspectiva





de expandirlo. Uruguay ha iniciado la implementación de su sistema nacional integrado de cuidado, el SNIC, con una cobertura limitada. Por ejemplo, el SNIC ofrece servicios de asistentes personales en el domicilio a los adultos mayores de 80 años o más con dependencia severa. Por otro lado, Chile está implementando su sistema de atención a largo plazo, Chile Cuida, solo en 20 de las 346 comunas del país, con la perspectiva de escalarlo al territorio nacional. Mientras que para Uruguay escalar el SNIC corresponde a ampliar los criterios de elegibilidad, para Chile Cuida implica aumentar la cobertura geográfica.

Para empezar a implementar un sistema de atención a la dependencia es necesario incluir el tema en la agenda política. Este no es un desafío banal, ya que la demanda de servicios de atención es mayor en la población de adultos mayores. Las condiciones que propician el desarrollo de un entorno político favorable dependen del contexto específico. Sin embargo, analizando las experiencias de Uruguay y Chile, así como las de otros países que han implementado un sistema de atención a la dependencia, es posible identificar algunas condiciones comunes que favorecen la priorización del tema en la agenda política.

### Estas condiciones incluyen:

- A.** la presencia de líderes políticos que reconocen la atención a la dependencia como un tema prioritario, por sus importantes implicaciones para la agenda de equidad de género y por sus oportunidades de sostenibilidad económica;
- B.** el compromiso de la sociedad civil con los derechos de los adultos mayores, que incluyen la atención a la dependencia; y
- C.** la disponibilidad de evidencia técnicamente sólida a nivel local, que pueda servir como punto de referencia en las discusiones políticas.

Considerando las experiencias de ALC y de otras regiones, esta sección provee **recomendaciones concretas para los países que quieren diseñar e implementar un sistema de atención a la dependencia.** Específicamente, estas recomendaciones son importantes para aquellos países que tienen limitaciones de recursos, pero desean comenzar a implementar un sistema de atención a la dependencia, aunque sea a pequeña escala.

**Veámoslas a continuación.**



## 5.1. Elegir a los beneficiarios según su nivel de dependencia, no su edad

Debido a restricciones presupuestarias, muchas veces se deben establecer prioridades en términos de cobertura. Como vimos, todos los países establecen como criterio de elegibilidad el nivel de dependencia de la persona, aunque algunos también consideran límites de edad y/o de ingresos para acceder a los servicios. El establecer límites de edad para el acceso a las prestaciones puede ser una manera de contener los costos y está justificado por el hecho de que, por lo general, la demanda de servicios de apoyo está concentrada en la población adulta mayor y, en particular, en la muy mayor (de 80 o más años).

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el proceso de envejecimiento no es igual para todos y que se ve afectado no solo por factores genéticos sino también por factores contextuales y de comportamiento. Así, mientras hay personas que llegan a la vejez en condiciones saludables y con total autonomía funcional, hay otras que comienzan a tener dificultades desde edades relativamente tempranas (OMS, 2015b). Esto es especialmente relevante en los países de ingresos bajos y medios, donde las enfermedades crónicas, que muchas veces dan lugar a limitaciones y a dependencia funcional (Aranco et al., 2018), suelen aparecer en edades más tempranas que en los países de ingresos altos (Nitrini et al., 2009, Prince et al., 2015). Por lo tanto, el establecer límites de edad, sobre todo cuando estos son muy altos, puede dejar fuera del sistema a personas con dificultades importantes para realizar sus tareas diarias. Para dar algunos ejemplos, en México casi el 50% de las personas con

dificultades para realizar ABVD tiene entre 50 y 69 años, mientras en Chile el 40% tiene entre 15 y 69 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015; Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Chile, 2015).

En algunos países que establecen criterios de edad para recibir servicios de atención a la dependencia, la población cuenta con esquemas separados de aseguramiento para poblaciones más jóvenes, que van transitando hacia sistemas de atención a largo plazo al cumplir la edad establecida. Por ejemplo, en Francia, existen dos sistemas separados, uno para menores de 60 años y otro para mayores de esa edad (CE, 2016). Por otro lado, en Japón y Corea del Sur, el sistema de atención a la dependencia cubre a personas mayores de 65 años, pero también a personas menores de esa edad, siempre y cuando su dependencia sea derivada de una lista de enfermedades previamente aprobadas, relacionadas con el proceso de envejecimiento de la persona (National Health Insurance Service, 2019; Olivares-Tirado y Tamiya, 2014).

Incluso en países que no cuentan con sistemas de atención a la dependencia para la población joven, los seguros contra accidentes laborales y/o incapacidad laboral pueden brindar cierta protección contra la dependencia funcional. Sin embargo, aun donde existen estos sistemas ligados al empleo formal, hay una brecha de cobertura para jóvenes adultos cuya dependencia no deriva de un incidente en el empleo.



## 5.2. Entregar transferencias vinculadas a la compra de servicios

Por lo tanto, los criterios de elegibilidad de un sistema deberían establecerse en función del nivel de dependencia y no de la edad. Si es necesario ajustar la cobertura por razones presupuestarias, se recomienda actuar sobre el nivel de dependencia mínimo para recibir beneficios e ir relajando en el tiempo los criterios de severidad, con el fin de ampliar la cobertura conforme se desarrolle el sistema.

Otro mecanismo para aumentar la sostenibilidad financiera es establecer un esquema de contribuciones de los usuarios. En este sentido, si bien el nivel de ingresos no debe ser considerado para determinar la elegibilidad a la hora de participar en el sistema de cuidados, el nivel de beneficios o de copago puede establecerse en función del nivel de ingresos o de riqueza del beneficiario.

Para la provisión de servicios de apoyo, particularmente los servicios de atención en el domicilio, es importante definir el mecanismo de entrega a los beneficiarios. En general, como discutimos en la [sección 2](#), existen tres alternativas: la provisión de servicios en especie, donde a las personas beneficiarias se les ofrece servicios de atención formales durante una cantidad de horas/días establecidos; la entrega de transferencias de libre disponibilidad, que son usadas por las personas dependientes y sus cuidadores para cubrir gastos según sus necesidades; y la entrega de transferencias vinculadas o dirigidas, que solo pueden ser usadas con fines específicos, ya sea mediante el uso de vales (*vouchers*), reembolsos o justificación de gastos.

La entrega de transferencias dirigidas se destaca como la mejor práctica porque permite que la persona dependiente y su familia decidan libremente qué proveedor de servicios utilizar y, al mismo tiempo, asegura que los recursos sean utilizados para los fines creados. La posibilidad de elección de los usuarios, a su vez, favorece la competencia de proveedores en calidad y la consolidación de un mercado formal de servicios personales.

Una manera de ofrecer transferencias vinculadas es por medio de presupuestos personales (*personal budgets*) que tomen en cuenta, también, las necesidades de los cuidadores familiares. El personal del sistema, junto con la persona dependiente y su familia, estable-



cen, caso por caso, cómo se utilizarán los recursos en el contexto de un plan integral de cuidados. El presupuesto puede ser transferido directamente a la familia o a la persona dependiente para ser empleado de acuerdo con el plan, o puede ser administrado por las autoridades o un intermediario autorizado, que paga a los proveedores en nombre de la persona dependiente. No obstante, para dar seguimiento a un sistema de este tipo, se requiere de una capacidad administrativa y de monitoreo bastante avanzada. Las transferencias vinculadas también se pueden otorgar en forma de vales que se usan únicamente para pagar los servicios acreditados por el sistema de cuidados.

Las transferencias de libre uso son, desde el punto de vista de la eficiencia económica, una opción atractiva, pues aumentan las posibilidades de consumo de las familias, dándoles libertad para decidir en qué quieren utilizar los recursos adicionales, maximizando así su bienestar. De acuerdo con estos principios, si las familias deciden mantener los arreglos de apoyos vigentes y utilizar los recursos para otros fines es porque así conviene a sus intereses. Como discuten Caruso Bloeck, Galiani e Ibarrarán (actualmente en prensa), en ciertos escenarios, las familias de menores recursos y con baja capacidad de generar ingresos en el mercado laboral se benefician más de recibir apoyo en dinero que de recibir apoyo en especie—incluso si el valor monetario que reciben es menor que el valor de mercado de las horas de cuidado equivalentes.

Desde el punto de vista de los costos del sistema, una ventaja de las transferencias monetarias de libre uso es que permiten definir los beneficios con certeza: la transferencia no depende del costo de los servicios ni del salario de las personas que brindan servicios de apoyo. Así, en situaciones de limitado espacio fiscal, mediante este tipo de transferencias se pueden dar apoyos que cubran únicamente una parte del costo de cuidado. También, en los casos donde no hay una red de servicios disponibles (por ejemplo, en zonas remotas), las transferencias monetarias pueden ser la única opción.

A pesar de estas ventajas, existen varias razones para no incluir las transferencias de dinero de libre uso en el menú de opciones de beneficios. Entre ellas, se destaca que dichas transferencias pueden reforzar los roles de género en la familia y el papel preponderante de la mujer como proveedora de servicios de apoyo. De esta forma, si bien representan recursos adicionales para el hogar, es posible que ni la persona que cuida ni quien recibe los apoyos vean incrementado su bienestar. Además, pueden no contribuir a mejorar la calidad de los servicios en la medida en que lo haría el contar con horas de atención por personal capacitado. Asimismo, las transferencias pueden inhibir la formalización del empleo de cuidador, al apoyar el cuidado informal.

En España, cuando se creó el Sistema de Apoyo a la Autonomía se decidió permitir, en principio de manera temporal, que los usuarios



eligieran entre transferencias monetarias y beneficios directos, como una alternativa excepcional para alcanzar una amplia cobertura en un plazo breve. Sin embargo, transitar hacia un sistema en donde la totalidad de las prestaciones de cuidado se den en forma de beneficios directos ha sido complicado. La implementación de un sistema basado en transferencias favoreció una expansión de los servicios informales. Además, una parte considerable de las prestaciones monetarias se destinó al ahorro de las familias y no se consumió en servicios. En cambio, cuando la prestación escogida fue en forma de beneficios directos, no se observaron modificaciones en el ahorro (Costa-Font y Vilaplana, 2017).

## 5.3. Empezar por servicios de atención en el domicilio

En la mayoría de los países de ALC existen residencias a largo plazo públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro. En general, no existe información fiable sobre dichas residencias ni sistemas sólidos de monitoreo de calidad. En muchos casos, las residencias operan sin habilitación o certificación sobre los estándares de calidad de los servicios. Además, los datos de los censos poblacionales muestran que la oferta es limitada. En ALC, el 0,54% de los adultos mayores de 60 años vive en residencias de largo plazo, cifra que llega al 1,9% en Chile y Uruguay, al 0,89% en Costa Rica y al 0,52% en Brasil (Sanders, 2019). Son porcentajes bajos cuando se comparan con un rango entre el 2 y el 5% que se observan en Europa o en Estados Unidos (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2015).

La baja oferta de servicios residenciales, su calidad heterogénea y la dificultad de organizar un sistema de servicios de atención en el domicilio, pueden crear la tentación de empezar por la construcción de nuevas residencias. Sin embargo, se recomienda no comenzar por esta ruta, sobre todo en las primeras etapas del proceso de implementación de un sistema de atención a largo plazo. En primer lugar, porque si bien en casos de dependencia severa que requieren atención sanitaria continua (por ejemplo, cuando se combinan estados avanzados de demencia con incontinencia) la institucionalización es la alternativa más eficiente, las personas, en su mayoría, prefieren envejecer en su entorno (Wiles et al., 2012). En segundo lugar, cuando la nece-



sidad de apoyo no es demasiado elevada, es más económico brindar servicios en el hogar que en residencias a largo plazo.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, desde años recientes existe una marcada tendencia a dar mayor peso a los servicios de apoyo en el domicilio, en detrimento de los cuidados en residencias a largo plazo. Por estos servicios debe empezar la construcción de un sistema de atención a la dependencia.

En cuanto a la asistencia residencial, antes de invertir recursos en la construcción de nuevas instituciones, se recomienda estudiar primero la oferta existente y desarrollar sistemas efectivos de regulación y monitoreo, así como mejorar la coordinación de las residencias con los servicios de salud. Es importante saber que fortalecer los controles y, eventualmente, cerrar residencias que no cumplen con los estándares mínimos de calidad, afectará a sus residentes, muchos de los cuales no cuentan con los recursos necesarios para pagar algo de mejor calidad. Se debería prever qué acciones tomar en estos casos; por ejemplo, en Uruguay, el sistema contempla transferencias a personas de bajos recursos para financiar cupos en residencias habilitadas ante casos de clausuras.

En países de alto ingreso, están surgiendo las “viviendas asistidas” como una alternativa a las residencias a largo plazo. Se trata de viviendas

individuales, pero que comparten espacios comunes, así como servicios de asistencia y actividades comunitarias. Las viviendas asistidas pueden ser una opción atractiva para los adultos mayores que conservan niveles de autonomía relativamente altos pero que carecen de una red de apoyo cercana, o para los que prefieren vivir de manera más independiente, pero necesitan ayuda en algunas actividades cotidianas.



## 5.4. Involucrar al sector privado para generar empleo formal

El sector privado ofrece la mayoría de los servicios de atención a la dependencia. En general, pertenecen al sector privado las firmas y los trabajadores por cuenta propia que brindan servicios de atención en el domicilio, las residencias especializadas y las firmas que desarrollan soluciones tecnológicas y ofrecen servicios de teleasistencia.

El desarrollo de este mercado puede ser un poderoso motor de generación de empleo, como muestra la experiencia de los países más avanzados en la transición demográfica. Por ejemplo, en Corea del Sur, un país que empezó a construir su sistema en el año 2008, el sector ha generado casi medio millón de empleos, aproximadamente el 1% de la población del país (Kim, 2019). Esta oportunidad de desarrollo económico asociada con la mayor longevidad de la población es una parte importante de la economía plateada (o *silver economy*, en inglés), que hace referencia al conjunto de los bienes y servicios consumidos por los adultos mayores (Ortega Cachón, 2018; Ortega Cachón y Huertas Mejías, 2018).

El desarrollo de empresas y empleos en el sector de la atención a la dependencia tiene un alto potencial para contribuir a la formalidad del trabajo, un elemento de particular relevancia en una región como ALC, caracterizada por altísimos niveles de informalidad. Además, tiene una importante dimensión de género, porque en ausencia de servicios de atención a la dependencia, la gran mayoría de la carga

del cuidado recae en las mujeres del hogar. Frente al envejecimiento de la población, muchas de ellas podrían verse obligadas a reducir su participación laboral para cuidar a algún familiar. Al contrario, el desarrollo de un mercado de servicios tiene el potencial de aumentar la oferta laboral femenina. Por ejemplo, en Corea del Sur, el 95% de los empleados del sector son mujeres, principalmente mayores de 45 años, un grupo que suele encontrar menos oportunidades de empleo formal (Kim, 2019).

Por todas estas razones, es importante que los gobiernos consideren esquemas de incentivos que promuevan la creación de empresas privadas proveedoras de servicios. En algunos casos, el mercado se desarrolla a partir del anuncio de que el sector público financiará la compra de servicios para un número importante de beneficiarios. Es el caso del mercado de la teleasistencia en Uruguay, donde el SNIC promovió la formación de empresas que entregan tecnologías y ofrecen servicios de teleasistencia. Actualmente, existen cinco empresas habilitadas en todo el país, que ofrecen servicios de teleasistencia a poco más de mil adultos mayores con 70 años o más.

En otros casos, podría ser necesario establecer incubadoras de negocios, líneas de crédito, exención de impuestos u otros mecanismos para fomentar el emprendimiento hasta que quede definitivamente establecido. En Uruguay, por ejemplo, el sistema ofrece, a través del



banco estatal, microcréditos para centros residenciales que deseen invertir en mejorar la calidad de su servicio. Si bien esta es una línea de acción incipiente (hasta el momento solamente tres proyectos han sido aprobados), se trata de un incentivo para la dinamización del mercado privado.

## 5.5. Formar recursos humanos y establecer estándares de calidad

Para promover la calidad de los servicios el Estado debe actuar en dos frentes:

1. la **formación** y otras políticas de recursos humanos; y
2. la **regulación** y el **monitoreo** de la calidad de los servicios.

El Estado debe promover la capacitación continua del cuidador, tanto formal como familiar. Para profesionalizar el sector, debería implementar un sistema de certificación de competencias que acreditara el conocimiento de las tareas de cuidado y, al mismo tiempo, promoviera el cumplimiento de normas de higiene y seguridad en el trabajo. En Corea del Sur, por ejemplo, existe un sistema nacional de certificación para los trabajadores del sector que busca asegurar la calidad del servicio. La certificación está compuesta por un curso de 240 horas de entrenamiento (80 horas teóricas, 80 horas prácticas y 80 horas de entrenamiento en el trabajo) y un examen de cualificación. Esta certificación es un requisito para poder trabajar en el sistema.

En Uruguay, los asistentes personales deben estar formados y acreditados por el sistema. Teniendo en cuenta las restricciones en la oferta de formación y el hecho de que, cuando empezó a operar el sistema, muchas personas ya pagaban a algún cuidador, se decidió instaurar esta medida de forma paulatina, con el fin de dar tiempo a que todas las personas trabajando como asistentes personales pudiesen



formarse adecuadamente. Por otro lado, Corea del Sur comenzó a designar agencias de capacitación para asistentes personales cinco meses antes de que el sistema estuviese efectivamente funcionando.

Como parte del esfuerzo por revalorizar el trabajo de cuidado, el Estado puede realizar campañas de sensibilización de la sociedad sobre la importancia de las tareas que desarrollan los cuidadores. El Estado también puede fomentar el desarrollo de servicios de asesoría y respiro para mejorar no solo la calidad del cuidado, sino también el bienestar de los cuidadores familiares. Algunos países (Alemania, Francia, Canadá) conceden cierta flexibilidad laboral a quienes acrediten que están cuidando un familiar con dependencia como, por ejemplo, la posibilidad de trabajar media jornada o permisos sin sueldo. En estos mismos países se prevé la ayuda de un asistente personal para casos puntuales en los que el cuidador familiar esté de vacaciones o con problemas de salud (Federal Ministry of Health, 2017; Joël et al., 2010; Canadian Healthcare Association, 2009).

Pasando al tema de los estándares de calidad, el Estado debe ejercer un rol regulador para garantizar la calidad de los distintos servicios de atención a la dependencia, tanto públicos como privados, así como para articular las acciones llevadas a cabo por los actores involucrados. Es recomendable designar un ente público o independiente para llevar a cabo este rol, que esté a cargo de definir los estándares

mínimos de calidad para los proveedores a través del uso de licencias y acreditaciones, así como de realizar inspecciones periódicas para garantizar su cumplimiento y de monitorear el desempeño en términos de calidad de los servicios.



## 5.6. Utilizar financiación mixta para implementar un sistema único

Obtener recursos suficientes y estables para implementar y mantener un sistema de atención a la dependencia es un reto para todas las naciones. Los países, generalmente, han adoptado el mismo método de financiación del sistema de salud. Alemania y Corea del Sur, por ejemplo, establecieron una tasa de contribución asociada al salario, que es adicional a la de salud, para financiar sus sistemas de atención a la dependencia. El Reino Unido utiliza impuestos generales para financiar tanto su sistema de salud como su sistema de atención a la dependencia. Una excepción importante a esta forma de proceder es Uruguay, que, a pesar de utilizar principalmente contribuciones para financiar el sistema de salud, utiliza mayoritariamente los impuestos generales para financiar el sistema de atención a la dependencia (Junta Nacional de Cuidados, 2015).

La mayoría de los países complementan el mecanismo principal de financiación con una mezcla de otras fuentes, adoptando, por lo tanto, una combinación de contribuciones, impuestos generales, gastos de bolsillo y seguros privados. Pero, independientemente del financiamiento mixto, suelen establecer un sistema único de atención a la dependencia. Por ejemplo, el sistema de atención a largo plazo de Corea del Sur es único para toda la población, a pesar de ser financiado por varias fuentes. El mecanismo principal de financiación son las contribuciones de la población (64% del presupuesto). Dicho mecanismo se complementa con los gastos de bolsillo de los usuarios

(24% del presupuesto), los impuestos generales (11% del presupuesto) y con otros ingresos (1%) (National Health Insurance Service, 2019).

Los países de ALC deberían priorizar la construcción de un sistema de atención a la dependencia único y utilizar la combinación de mecanismos de financiación más conveniente para recaudar la mayor cantidad de recursos, incluyendo contribuciones, impuestos generales y gastos de bolsillo para las personas con capacidad de pago. La recomendación de evitar la fragmentación del sistema es consistente con la que la academia y las instituciones internacionales han brindado para los sistemas de salud de ALC en los últimos 20 años (Montenegro et al., 2011). En términos de provisión de servicios en salud, la fragmentación ha llevado a dos sistemas paralelos, uno financiado con contribuciones y otro con impuestos generales. Esto ha resultado en diferentes niveles en la cobertura y la calidad de los beneficios, penalizando especialmente a los más vulnerables (Guanais et al., 2018).

En términos de financiamiento, una lección extraída de los sistemas de salud es la dificultad de lograr que todos los trabajadores contribuyan (y no solamente los asalariados), así como la complejidad de determinar la capacidad de pago, especialmente para los trabajadores informales. Esto es particularmente relevante en ALC, si se considera que más de la mitad de los empleos en esta región siguen siendo informales (Alaimo et al., 2015; Duryea y Robles, 2017).



**En conclusión**, estas seis recomendaciones apuntan a guiar el proceso de desarrollo de sistemas de atención a la dependencia en ALC. El diagnóstico está claro: no hay tiempo que perder. Si no actúan hoy, los países de esta región no tendrán los recursos económicos y temporales para satisfacer la creciente demanda de servicios de atención a la dependencia. La experiencia de los países que se encuentran en una etapa más avanzada de la transición demográfica muestra que es necesario diseñar e implementar gradualmente un sistema de atención a la dependencia.

Si quieres saber más sobre **cómo** diseñar e implementar un sistema de atención a la dependencia, empezando a pequeña escala, **¡no te pierdas este video!**



## Video 6. Seis claves para diseñar un sistema de atención a la dependencia

Utilizando estas 6 claves, es posible comenzar gradualmente a diseñar e implementar un sistema de atención a la dependencia y luego expandirlo con más facilidad.



“ **No hay tiempo que perder.**  
Es necesario empezar a construir  
sistemas de atención a la dependencia  
y **es necesario hacerlo ya.** ”

Explica **Pablo**, especialista líder en protección social.

# Camino para Envejecer con cuidado.

Haz click en la flecha para avanzar.



# Notas

- Nota 1.**  
En la mayoría de los casos se hace referencia a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que son aquellas actividades necesarias para una vida independiente, como comer, bañarse e ir al baño. También se pueden incluir las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son aquellas actividades que abordan aspectos cognitivos y de relaciones sociales, como comprar, cocinar, hacer trabajo doméstico, administrar dinero y usar el teléfono.

..... ← **Volver a página 5**
- Nota 2.**  
Cálculos de los autores a partir del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento de México del 2015 muestran, por ejemplo, que la prevalencia de hipertensión aumentó desde el 2001 hasta el 2015 en cada uno de estos grupos de edad: 50-59, 60-69, 70-79, 80+.

..... ← **Volver a página 9**
- Nota 3.**  
Según la OMS (2017), un sistema de atención a la dependencia es “un sistema nacional que tiene el fin de brindar una atención integrada a la dependencia, que sea apropiada, asequible, accesible y que respete tanto los derechos de los adultos mayores como los de los cuidadores”(p. 2).

..... ← **Volver a página 16**
- Nota 4.**  
El interés en medir las capacidades cognitivas se debe a la asociación entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional para la población de adultos mayores. Alemania, Corea del Sur y Japón adaptaron sus instrumentos para medir la dependencia incorporando o fortaleciendo preguntas sobre el deterioro cognitivo (Medellín et al., 2018; Campbell, Ikegami y Gibson, 2010; Jeon y Kwon, 2017).

..... ← **Volver a página 17**

- Nota 5.**  
Para una comparación detallada entre los instrumentos para medir la dependencia, consultar Medellín et al. (2018).

..... ← **Volver a página 17**
- Nota 6.**  
Es oportuno destacar que la teleasistencia es solo una de las innovaciones tecnológicas relevantes para la atención a la dependencia. En términos de servicios de atención, por ejemplo, se espera que la inteligencia artificial y los robots sociales sean cada vez más utilizados para atender, monitorear e interactuar con los adultos mayores con dependencia, complementando los servicios prestados por médicos y enfermeras. Los robots sociales podrán monitorear los signos vitales, la alimentación y los medicamentos, así como ayudar a los adultos mayores a mantenerse activos. Además, se espera un uso creciente, especialmente en las residencias a largo plazo, de tecnología de información basada en la nube, de historia clínica electrónica, de registros electrónicos de administración de medicamentos, y de tecnología de aptitud cerebral y física, entre otros.

..... ← **Volver a página 19**
- Nota 7.**  
Para el alivio de la pobreza y la acumulación de capital humano, los países de ALC tienen una larga y exitosa tradición en el uso de transferencias monetarias de libre disponibilidad (Ibarra-rán et al., 2017).

..... ← **Volver a página 20**
- Nota 8.**  
Cabe destacar que la mayoría de los países utilizan mecanismos de financiación mixtos para la atención a la dependencia (figura 5). En aras de la sencillez, en esta publicación los modelos de financiación se han categorizado en función de los dos mecanismos de financiación principales: el aseguramiento social y los impuestos generales. Para más información sobre los modelos de financiación, véase Joshua, (2017).

..... ← **Volver a página 21**

- Nota 9.**  
La informalidad laboral en ALC impacta en los cuatro elementos clave para diseñar un sistema de atención a la dependencia. Es especialmente relevante, y hasta puede llegar a afectar la comparabilidad con otros contextos, para la financiación de los servicios y la tipología de servicios ofrecidos. En particular, con respecto a la tipología de servicios ofrecidos, la informalidad laboral se ve reflejada sobre todo en un uso excesivo de servicios informales en el domicilio.

..... ← **Volver a página 22**
- Nota 10.**  
Para más información, véase el siguiente [enlace](#).

..... ← **Volver a página 29**
- Nota 11.**  
El BID ha brindado apoyo técnico y financiero para la implementación del SNIC.

..... ← **Volver a página 30**
- Nota 12.**  
El SNIC ofrece servicios de asistentes personales en el domicilio también a menores de 30 años con dependencia severa.

..... ← **Volver a página 30**
- Nota 13.**  
Los datos son proporcionados por el SNIC, con base en reportes internos.

..... ← **Volver a página 30**
- Nota 14.**  
El número de personas con dependencia necesario para calcular la cobertura surge de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de Uruguay del Banco de Previsión Social (2013).

..... ← **Volver a página 30**
- Nota 15.**  
Los beneficiarios del curso de formación son tanto los que atienden a personas mayores de 80 años como los que atienden a menores de 30 años.

..... ← **Volver a página 31**

- Nota 16.**  
El [SENAMA](#) es un servicio público con personalidad jurídica y patrimonio propio supervisado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Tiene como objetivo fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de políticas sociales para los adultos mayores, favoreciendo su participación en la sociedad, promoviendo su cuidado y autonomía, y fomentando el reconocimiento de sus derechos.

..... ← **Volver a página 32**
- Nota 17.**  
Existen tres tipos de internación geriátrica: internación en residencia, internación con control psiquiátrico e internación de cuidados continuos (24 horas al día).

..... ← **Volver a página 33**
- Nota 18.**  
Para evaluar la condición socioeconómica se consideran, entre otros, los ingresos, los activos, la calidad de la vivienda y la red de apoyo familiar de los afiliados del PAMI.

..... ← **Volver a página 33**
- Nota 19.**  
Este promedio incluye a todos los países de la Unión Europea, excepto el Reino Unido.

..... ← **Volver a página 35**
- Nota 20.**  
Este promedio incluye a los 25 países de la OCDE que tenían datos disponibles.

..... ← **Volver a página 36**
- Nota 21.**  
Es importante destacar la dificultad de realizar comparaciones significativas entre los resultados de estas simulaciones. Esto se debe a que cada resultado se ve afectado por los escenarios de simulación definidos en los modelos, así como por las características demográficas y económicas de los países.

..... ← **Volver a página 36**
- Nota 22.**  
Una posible alternativa a los escenarios de cobertura restringidos consiste en modelar un sistema de atención a la dependencia con cobertura universal que incluya copagos definidos con base en el nivel de ingresos de las personas que necesitan atención.

..... ← **Volver a página 38**



# Referencias

Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V. y Valarino, I. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Recuperado de la página web de la Organización Internacional del Trabajo: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_633135.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf)

Aguirre, R. (2011). El reparto del cuidado en América Latina. En M. Durán (ed). *El trabajo del cuidado en América Latina y España* (Documento de Trabajo nº 54). Recuperado de la página web de la Fundación Carolina: <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT54.pdf>

Alaimo, V., Bosch, M., Kaplan, D. S., Pagés, C. y Ripani, L. (2015). *Empleos para crecer*. Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Empleos-para-crecer.pdf>

Aranco, N. y Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay* (Nota Técnica nº IDB-TN-1615). Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: [https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento\\_y\\_atenci%C3%B3n\\_a\\_la\\_dependencia\\_en\\_Uruguay\\_es.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Uruguay_es.pdf)

Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe* (Resumen de Políticas nº IDB-PB-273). Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-América-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Assari, S. (14 mayo, 2017). Why do women live longer than men? [Entrada de blog]. Recuperado de la página web del World Economic Forum: <https://www.weforum.org/agenda/2017/03/why-do-women-live-longer-than-men>

Austad, S. N. (2006). Why women live longer than men: Sex differences in longevity. *Gender Medicine*, 3(2): 79-92. doi: [10.1016/S1550-8579\(06\)80198-1](https://doi.org/10.1016/S1550-8579(06)80198-1)

Banco de Previsión Social. (2013). *Encuesta Longitudinal de Protección Social Uruguay 2013*. [Base de datos]. Recuperado de <https://www.elps.org.uy/>

Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). *Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe*. [Base de datos].

Banco Interamericano de Desarrollo. (2019). *Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia*. Recuperado de <https://www.iadb.org/es/panorama/panorama-de-envejecimiento>

Barr, N. (2010). Long-Term Care: A suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, 44(4): 359-374. doi: [10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x)

Campbell, J. C., Ikegami, N. y Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1), 87-95. doi: [10.1377/hlthaff.2009.0548](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0548)

Canadian Healthcare Association. (2009). *Home care in Canada: From the margins to the mainstream*. Recuperado de [http://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/PolicyDocs/2009/External/EN/HomeCareCanada\\_MarginsMainstream\\_EN.pdf](http://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/PolicyDocs/2009/External/EN/HomeCareCanada_MarginsMainstream_EN.pdf)

Caruso Bloeck, M., Galiani, S. e Ibararán, P. (actualmente en prensa). Long-term care in Latin America and the Caribbean? Theory and Policy Considerations. *Economía*.

Centers for Medicare and Medicaid Services. (2015). *Nursing home data compendium 2015 Edition*. Recuperado de [https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium\\_508-2015.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium_508-2015.pdf)

Centro Centroamericano de la Población de la Universidad de Costa Rica e Instituto de Investigaciones en Salud. (2009). *Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable Costa Rica 2009*. [Base de datos]. Recuperado de <http://www.creles.berkeley.edu/index.html>

Colacce, M. y Manzi, P. (2017). *El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados. Una mirada de largo plazo*. Recuperado de la página web de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42058/1/S1700410\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42058/1/S1700410_es.pdf)

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care* (Estudios de políticas de salud de la OCDE). Recuperado de la página web de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: <https://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm>

Colombo, F. y Muir, T. (2016). Developing a skilled long-term care workforce. En C. Gori, J. L. Fernández y R. Wittenberg (eds). *Long-term care reforms in OECD countries: Successes and failures*. Bristol: Policy Press.

Comisión Europea. (2016). *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. Volume 2. Country Documents* (Publicación Institucional nº 037). Recuperado de [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/ip037\\_vol2\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/ip037_vol2_en.pdf)

Comisión Europea. (2018). *The 2018 ageing report: economic and budgetary projections for EU member states (2016-2070)* (Publicación Institucional nº 079). Recuperado de [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip079_en.pdf)

Costa-Font, J., Jiménez-Martín, S. y Vilaplana, C. (2018). Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? *Journal of Health Economics*, 58, 43-66. doi: [10.1016/j.jhealeco.2018.01.002](https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002)

Costa-Font, J., Courbage, C. y Swartz, K. (2015). Financing long-term care: Ex ante, ex post or both? *Health economics*, 24, 45-57. doi: [10.1002/hec.3152](https://doi.org/10.1002/hec.3152)

Costa-Font, J. y Vilaplana-Prieto, C. (2017). Does the expansion of public long-term care funding affect saving behaviour? *Fiscal Studies*, 38(3), 417-443. doi: [10.1111/j.1475-5890.2017.12139](https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2017.12139)

Duryea, S. y Robles, M. (2017). *Pulso social en América Latina y el Caribe 2017. Legado familiar, ¿Rompe el molde o repetimos patrones?* Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Pulso-social-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-2017-Legado-familiar-%C2%BFrompe-el-molde-o-repetimos-patrones.pdf>

Federal Ministry of Health. (2017). *Peer review on Germany's latest reforms of the long-term care system*. Recuperado de la página web de la Comisión Europea: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=18962&langId=en>.



Flórez, C. E., Martínez, L. y Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia*. (Nota Técnica nº IDB-TN-1749). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., ... y Abu-Raddad, L. J. (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1345-1422. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)

González-González, C., Stampini, M., Cafagna, G., Hernández Ruiz, M. C. e Ibararán, P. (2019). *Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México* (Documento de Trabajo nº IDB-WP-1033). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Guanais, F., Regalia, F., Pérez-Cuevas, R. y Anaya, M. (2018). *Desde el paciente. Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Desde-el-paciente-Experiencias-de-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>

Huenchuan, S. (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: Conceptos, metodologías y casos prácticos*. Recuperado de la página web de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40197/1/S1600435_es.pdf)

Ibararán, P., Medellín, N., Regalia, F., y Stampini, M. (2017). *Así funcionan las transferencias condicionadas. Buenas prácticas a 20 años de implementación*. Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/As%C3%AD-funcionan-las-transferencias-condicionadas.pdf>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). *GBD Results Tool*. [Base de datos]. Recuperado de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2015*. [Base de datos]. Recuperado de [http://www.enasem.org/Data\\_Esp.aspx](http://www.enasem.org/Data_Esp.aspx)

Jeon, B. y Kwon, S. (2017). Health and long-term care systems for older people in the Republic of Korea: Policy challenges and lessons. *Health Systems & Reform*, 3(3), 214-223. doi: [10.1080/23288604.2017.1345052](https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1345052)

Joël, M., Dufour-Kippelen, S., Duchêne, C. y Marmier, M. (2010). *The long-term care system for the elderly in France* (Informe de investigación de ENEPRI nº 77). Recuperado de la página web del CEPS: <https://www.ceps.eu/wp-content/uploads/2010/09/France.pdf>

Joshua, L. C. (2017). *Aging and long-term care systems: A review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*. Recuperado de la página web del Banco Mundial: <http://documents.worldbank.org/curated/en/761221511952743424/pdf/121749-WP-Social-Protection-and-Labor-no-1705-PUBLIC.pdf>

Junta Nacional de Cuidados. (2015). *Plan Nacional de Cuidados 2016-2020*. Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf>

Junta Nacional de Cuidados. (2018). *Informe anual Sistema de Cuidados 2017*. Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/97732/1/informe-anual-2017---web.pdf>

Kim, H. (2019). Overview of Korean long-term care insurance. [Presentación PowerPoint]. Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1178471419-10>

Lanfang, M., Zaaba, Z. y Umemoto, K. (2012). Formation and development of certified care worker education in Japan: Perspectives of knowledge creation and evolution. *International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education*, 3(1). doi: [10.20533/ijcdse.2042.6364.2012.0094](https://doi.org/10.20533/ijcdse.2042.6364.2012.0094)

Lee, H. S. (2019). Public policy making process of introducing long-term care insurance in South Korea: Generation of alternatives and innovation [Presentación PowerPoint]. Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1178471419-9>

Leturia, M., Aldaz, E., Uriarte, A., Salazar, J., Allur, E., Iribar, J. y Benedicto, Z. (2015). Modelo de seguimiento de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. *Zerbitzuan* (59), 161-174.

López-Ortega, M. y Aranco, N. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en México* (Nota Técnica nº IDB-TN-1614). Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: [https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento\\_y\\_atenci%C3%B3n\\_a\\_la\\_dependencia\\_en\\_M%C3%A9xico\\_es.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf)

Luy, M. y Minagawa, Y. (2014). Gender gaps: Life expectancy and proportion of life in poor health. *Statistics Canada, Health Reports*. 25 (12): 12-19. Recuperado de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2014012/article/14127-eng.pdf?st=5ivKGn2u>

Malley, J., Trukeschitz, B. y Trigg, L. (2016). Policy instruments to promote good quality long-term care services. En C. Gori, J. L. Fernández y R. Wittenberg (eds). *Long-term care reforms in OECD Countries: Successes and Failures*. Bristol: Policy Press.

Marchionni, M., Gluzmann, P., Serrano, J. y Bustelo, M. (2019). *Participación laboral femenina. ¿Qué implican las brechas entre países?* Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: [https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Participacion\\_laboral\\_femenina\\_en\\_Mexico\\_y\\_Peru\\_Que\\_explica\\_las\\_diferencias.pdf](https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Participacion_laboral_femenina_en_Mexico_y_Peru_Que_explica_las_diferencias.pdf)

Matus-López, M. (2017). *Análisis prospectivo de los servicios de cuidado a la dependencia en Uruguay*. Informe no publicado del Banco Interamericano de Desarrollo.

Matus-López, M. (2019). *Prospección de costos de un sistema de cuidados para la atención de la dependencia en Costa Rica*. Informe no publicado interno del Banco Interamericano de Desarrollo.

Matus-López, M., & Cid, C. (2014). Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 36(1): 31-36.

Medellín, N., Ibararán, P., Matus, M. y Stampini, M. (2018). *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados* (Nota Técnica nº IDB-TN-1438). Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cuatro-elementos-para-dise%C3%B1ar-un-sistema-de-cuidados.pdf>

Medellín, N., Jara, P., Matus-López, M. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Chile. (2015). *Encuesta Longitudinal de Protección Social Chile 2015*. [Base de datos]. Recuperado de <http://www.encuestas.uc.cl/eps/base.html>

Molina, H., Sarmiento, L., Aranco, N. y Jara, P. (actualmente en prensa). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.



Montenegro, H., Holder, R., Ramagem, C., Urrutia, S., Fabrega, R., Tasca, R., ... y Angelica Gomes, M. (2011). Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: Lessons learned. *Journal of Integrated Care*, 19(5), 5-16. doi: [10.1108/1476901111176707](https://doi.org/10.1108/1476901111176707)

Mor, V., Leone, T. y Maresso, A. (2014). *Regulating long-term care quality: An international comparison*. Cambridge: Cambridge University Press.

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. (2017). *The 2017 Revision of World Population Prospects*. [Base de datos].

National Health Insurance Service. (2019). *National Health Insurance & long-term care insurance system in the Republic of Korea*. Recuperado de <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0118/29337?boardKey=129&sort=sequence&order=desc&rows=10&messageCategoryKey=&pageNumber=1&viewType=generic&targetType=12&targetKey=129&status=&period=&startdt=&enddt=&queryField=&query=#>

Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga. (s.f.). *The Swedish Family Care Competence Centre*. Recuperado de <https://www.anhoriga.se/information-in-english/>

Nitrini, R., Bottino, C. M., Albala, C., Capuñay, N. S., Ketzoian, C., Rodriguez, J. J., ... y Caramelli, P. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics*, 21(4), 622-630. doi: [10.1017/S1041610209009430](https://doi.org/10.1017/S1041610209009430)

Olivares-Tirado, P. y Tamiya, N. (2014). *Trends and factors in Japan's long-term care insurance system: Japan's 10-year experience*. Springer Netherlands.

Organización Mundial de la Salud. (2015a). *World report on ageing and health*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=A8A3C8F17D59C26D5B9C6C1867DEE49A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=A8A3C8F17D59C26D5B9C6C1867DEE49A?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Envejecimiento y salud*. [Nota descriptiva]. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Towards long-term care systems in Sub-Saharan Africa*. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/long-term-care/WHO-LTC-series-subsaharan-africa.pdf?ua=1>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y Unión Europea. (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care* (Estudios de políticas de salud de la OCDE). Recuperado de <https://www.oecd.org/health/health-systems/a-good-life-in-old-age-9789264194564-en.htm>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2017). *Panorama de la Salud 2017. Indicadores de la OCDE*. Recuperado de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264306035-es.pdf?expires=1567278062&id=id&accname=guest&checksum=B85FFFABAFBBBB9B6D7003FFCB9542D9>

Ortega Cachón, I. (2018). Ageingnomics: la longevidad como oportunidad económica. *Boletín de Estudios Económicos*, 73(223), 161-183.

Ortega Cachón, I. y Huertas Mejías, A. (2018). *La revolución de las canas. Ageingnomics o las oportunidades de una economía del envejecimiento*. Barcelona: Gestión 2000.

PAMI. (2019). *Boletín del Instituto n° 3190*. Recuperado de [https://institucional.pami.org.ar/files/boletines\\_inssjp/03-01-19.pdf](https://institucional.pami.org.ar/files/boletines_inssjp/03-01-19.pdf)

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutiérrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R. y Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7)

Rapp, T., Chauvin, P. y Sirven, N. (2015). Are public subsidies effective to reduce emergency care? Evidence from the PLASA study. *Social Science & Medicine*, 138, 31-37. doi: [10.1016/j.socscimed.2015.05.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.035)

Sanders, D. (15 febrero, 2019). Institutionalized and uncouned. [Entrada de Blog]. Recuperado de la página web del Banco Interamericano de Desarrollo: <https://blogs.iadb.org/salud/es/residencias-para-adultos-mayores/>

Secretaría Técnica de Planificación. (2015). *Encuesta Longitudinal de Protección Social Paraguay 2015*. [Base de datos]. Recuperado de <https://nube.stp.gov.py/index.php/s/5QcKbA6uU8ZVAqN>

Service-public. (s.f.). *Allocation Personnalisée d'autonomie (APA)*. Recuperado de <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

Sistema de Protección Social Universal. (2013). *Encuesta Longitudinal de Protección Social El Salvador 2013*. [Base de datos].

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. y Vanhercke, B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*. Recuperado de la página web de la Comisión Europea: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9185>

The Japan Association of Certified Care Workers. (s.f.). *The Japan Association of Certified Care Workers*. Recuperado de [http://www.jaccw.or.jp/home/index\\_en.php](http://www.jaccw.or.jp/home/index_en.php)

Triantafillou, J., Naiditch, M., Repkova, K., Stiehr, K., Carretero, S., Emilsson, T., ... Vlantoni, D. (2010). *Informal care in the long-term care system* (European Overview Paper). Recuperado de la página web del European Centre for Social Welfare Policy and Research: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>

Triemstra, M., Winters, S., Kool, R. B. y Wieggers, T. A. (2010). Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the consumer quality index long-term care. *BMC health services research*, 10(1), 95. doi: [10.1186/1472-6963-10-95](https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-95)

Wiener, J. M., Tilly, J., Howe, A., Doyle, C., Cuellar, A. E., Campbell, J. e Ikegami, N. (2007). Quality assurance for long-term care: The experiences of England, Australia, Germany and Japan. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/b869/dd066c07e08bde61221930a5341e67df16f8.pdf>

Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. y Allen, R. E. (2012). The meaning of "aging in place" to older people. *The gerontologist*, 52(3), 357-366. doi: [10.1093/geront/gnr098](https://doi.org/10.1093/geront/gnr098)



