

Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana

Nélida Redondo

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-2258

Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana

Nélida Redondo

Febrero 2021

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

Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana / Nélida Redondo.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2258)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Dominican Republic. 2. Older people-Care-Dominican Republic. 2. Older people-Government policy-Dominican Republic. I. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. II. Eurosocietal. III. Título. IV. Serie.

IDB-TN-2258

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2021 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

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

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

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



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



Envejecimiento y Atención a la Dependencia en República Dominicana

Co-publicación BID-Eurosocial

Nélida Redondo



Financiado por
la Unión Europea

Envejecimiento y atención a la dependencia en la República Dominicana¹

Nélida Redondo²

Febrero 2021

¹ Esta nota presenta análisis a partir de la información disponible en ENHOGAR 2013 y 2018 y el Censo 2010, así como los datos recopilados (y referenciada) hasta 25 de Febrero de 2021, y fue presentada a las autoridades (Gabinete Coordinador de Política Social el 13 de Enero, 2021 y al Consejo Nacional de la Persona Envejeciente el 25 de Febrero, 2021). El contenido de la nota no representa la visión de dichas instituciones.

² Nélida Redondo es doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires (UBA), investigadora y consultora independiente en temas sociales y demográficos del envejecimiento en países de América Latina y el Caribe. Esta nota técnica es parte de una serie de documentos sobre el envejecimiento de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe, publicada en conjunto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y EUROsociAL.

La autora quiere dejar constancia de su agradecimiento a Andrea Mónaco del Programa de la Unión Europea EUROsociAL+ por su empeño en la gestión integral de las actividades vinculadas con esta consultoría y a la doctora Jazmary Félix-Ferreras de la República Dominicana, reconocida experta en materia de información demográfica, por su valioso aporte en el proceso de revisión de la información estadística. Además, agradece muy especialmente a Natalia Aranco, consultora de la División de Protección Social y Salud del BID por su sistemática revisión del documento con inestimables comentarios y sugerencias. Y a Carolina Gómez González Acero, Pablo Ibararán, Marco Stampini y María Laura Olivieri, especialistas y consultores de la División de Protección Social y Salud del BID, por sus acertadas gestiones, sugerencias y comentarios.

Resumen

La población de la República Dominicana envejece de manera sostenida desde las primeras décadas de este siglo y las proyecciones indican que esta tendencia se acentuará en las próximas décadas. Se estima que en el año 2050 las personas de 65 años y más representarán el 16% del total de la población dominicana, en tanto, las personas de edad extrema (80 años y más) constituirán el 4,2% (ONE, Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050).

La transición demográfica trae consigo un aumento en la cantidad de personas con dependencia funcional; esto es, que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Datos de 2013 permiten estimar que al menos el 10% de las personas mayores de 60 años presentan dificultades para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria, como comer, bañarse, o vestirse, porcentaje que aumenta a 27% entre los mayores de 80.

A pesar de esto, la vejez continúa siendo un asunto privado, cuyas contingencias se resuelven en las redes familiares de alimento y cuidado. El Estado se hace cargo de la atención de la dependencia en los casos de personas mayores en situación de pobreza extrema y sin familia capaz de ofrecer sostén.

La capacidad de comprar servicios privados de calidad es también limitada, debido a los altos niveles de pobreza entre la población adulta mayor del país, consecuencia –entre otras cosas– de un sistema de seguridad social con bajos niveles de cobertura y suficiencia.

La presente nota técnica analiza las necesidades de servicios de atención a la dependencia por parte de la población adulta mayor en República Dominicana y las maneras en que estas necesidades son cubiertas, incluyendo el rol del sector público y privado en la provisión de servicios. La nota es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidados para personas con dependencia llevada a cabo por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Programa de la Unión Europea EUROsociAL+.

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras claves: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y el Caribe, República Dominicana, personas adultas mayores

Índice de contenido

Sección 1. Demanda por servicios para personas que viven en situación de dependencia funcional.....	3
1.1. El proceso de envejecimiento y sus desafíos	3
<i>Diferencias regionales</i>	6
1.2. Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor.....	8
1.2.1. Esperanza de vida y esperanza de vida saludable (EVS)	9
1.2.2. Discapacidad y dependencia funcional.....	11
1.2.3. Condiciones de salud de la población mayor dominicana	19
1.2.4. Carga de enfermedad y años de vida perdidos.....	20
1.3. Características socioeconómicas de la población adulta mayor.....	22
1.3.1. El impacto de la estructura social en la discapacidad de las personas mayores	22
1.3.2. El impacto de las discapacidades en los arreglos residenciales de las personas mayores	25
1.3.3. Actividad económica y cobertura previsional en la población mayor dominicana	26
Sección 2. El papel del gobierno en los servicios para el apoyo a la dependencia	28
2.1. Normativa y marco institucional sobre adultos mayores	29
2.1.1. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)	29
2.1.2. El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE).....	32
2.1.3. Los programas de CONAPE.....	33
<i>Programas y servicios del CONAPE a las personas con dependencia que viven en la comunidad</i>	34
<i>Los centros geriátricos subrogados por CONAPE</i>	35
2.2. Análisis de la cobertura de los servicios de CONAPE	36
Sección 3. Oferta de servicios privados de atención a la dependencia	38
3.1. Servicios privados remunerados	38
3.1.1. Residencias geriátricas privadas	38
3.1.2. Cuidados personales en domicilio de contratación privada	39
3.2. Cuidados a la dependencia no remunerados.....	40
3.3. Necesidades de apoyo no satisfechas.....	41
Sección 4. Análisis y perspectivas de la atención a la dependencia	42
Referencias bibliográficas	44
Consultas en línea:.....	48

Sección 1. Demanda por servicios para personas que viven en situación de dependencia funcional

1.1. El proceso de envejecimiento y sus desafíos

La población de la República Dominicana envejece de manera sostenida desde las primeras décadas de este siglo. Como sucede en el resto del mundo, este envejecimiento es el resultado de los cambios ocurridos en los tres componentes demográficos básicos: la mortalidad, la fecundidad y las migraciones. En los últimos setenta años, los comportamientos de la población siguieron el modelo de la “transición demográfica”, denominación que hace referencia al pasaje desde elevados niveles de mortalidad y fecundidad iniciales a valores bajos de ambos indicadores cuando la transición finaliza. El resultado de este proceso es el envejecimiento de la población.

Los rasgos distintivos de la transición ocurrida en la República Dominicana desde mediados de la década de 1950, cuando comenzó el descenso de los índices de mortalidad, son su velocidad e intensidad, que permiten caracterizarla como una verdadera revolución demográfica.. Al promediar la segunda mitad del siglo pasado, la tasa bruta de mortalidad se redujo debido a mejoras en las tecnologías médico-sanitarias y a la introducción de vacunas, antibióticos e insecticidas para controlar la emergencia y la letalidad de las enfermedades infectocontagiosas (cólera, malaria, fiebre amarilla, tifus, viruela) que ocasionaban masivos fallecimientos en épocas de epidemia.

Esto se plasmó en una marcada reducción de la mortalidad infantil, y en el aumento de 28 años en la esperanza de vida de los dominicanos entre 1950 y 2020, desde 45,99 años en el año 1950 hasta 73,81 en el período 2015-2020 (UN, 2020).

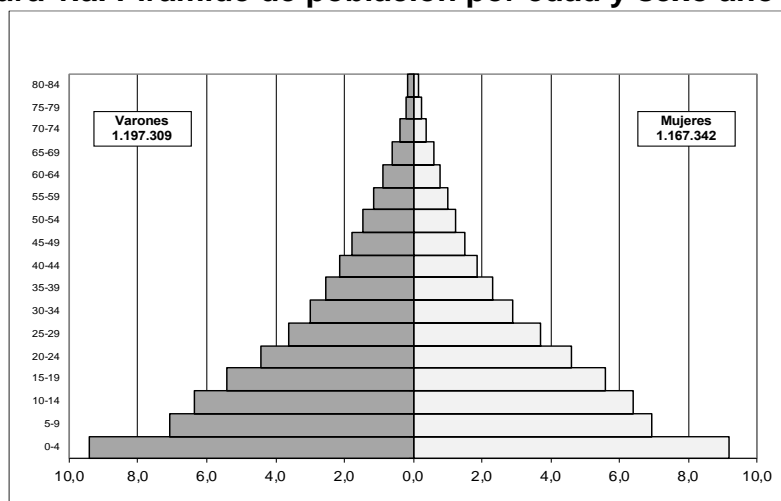
Por su parte, en los últimos cincuenta años, la República Dominicana registró uno de los descensos de la fecundidad más pronunciados de América Latina. En la década de 1950, la tasa de fecundidad de la población dominicana era de 7,60 hijos por mujer. En la década de 1970 se produjo un vertiginoso descenso en la tasa global de fecundidad, que continuó con vigor hasta finales de 1980. A partir del inicio de la década de 1990, y hasta el presente, el proceso de reducción se hizo más lento. En la actualidad la tasa se ubica cercana al nivel del reemplazo de la generación en 2,36 hijos por mujer (UN, 2020).

Los cambios en la mortalidad y la fecundidad transformaron la estructura de edades de la población dominicana, que pasó de ser una población estructuralmente joven en el año 1950, cuando se inició la transición demográfica, a ser una población recientemente envejecida en la actualidad. El envejecimiento de la población se produjo tanto desde la base de la pirámide de edades por la disminución de la cantidad de niños, como desde la cúspide

por el aumento de la cantidad de personas mayores debido al descenso de la mortalidad en las edades avanzadas.

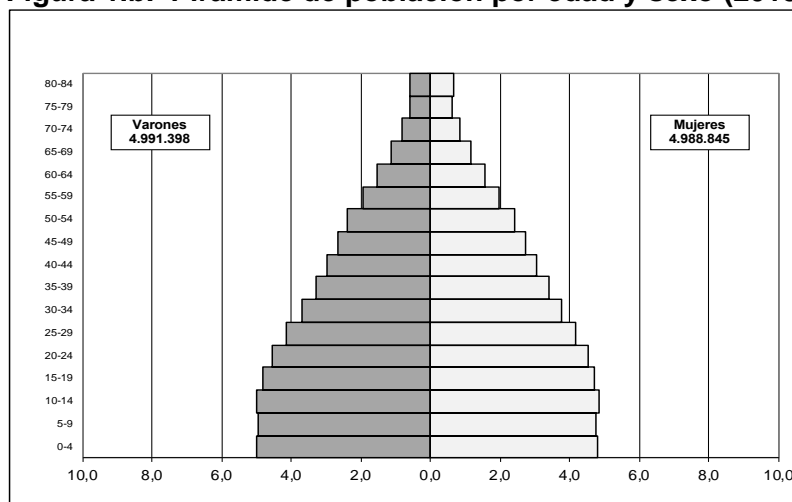
Las proyecciones indican que el envejecimiento de la población se acentuará en las próximas décadas, tanto por el estrechamiento de la base de la pirámide de edades como por el ensanchamiento de la cúspide (figura 1.a. a 1.c). Es decir, se espera un envejecimiento dentro del envejecimiento, que se pone en evidencia por el aumento de la proporción de personas de edad extrema - mayores de 80 años- sobre el total de la población. Se estima que en el año 2050 las personas de 65 años y más (envejecimiento demográfico) representarán el 16% del total de la población dominicana, en tanto, las personas de edad extrema (80 años y más) constituirán el 4,2% (ONE, Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050).

Figura 1.a. Pirámide de población por edad y sexo año 1950



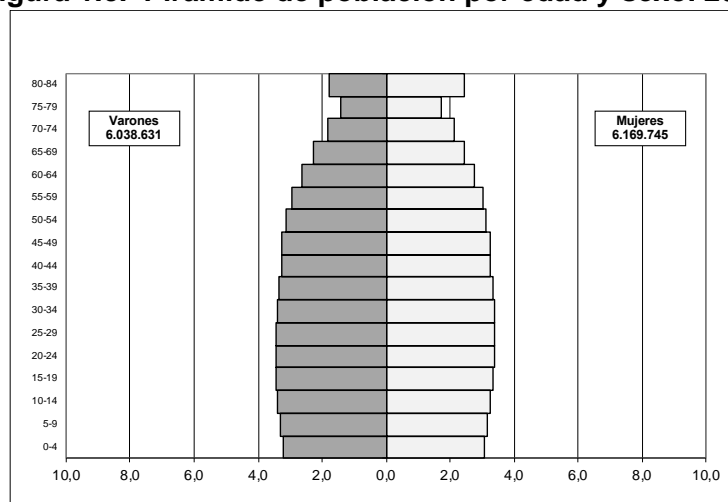
Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014.Oficina Nacional de Estadística

Figura 1.b. Pirámide de población por edad y sexo (2015)



Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014.Oficina Nacional de Estadística

Figura 1.c. Pirámide de población por edad y sexo. 2050



Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014. Oficina Nacional de Estadística.

En la República Dominicana, entre las fechas censales 2002 y 2010 se ha registrado, además, la evolución del envejecimiento dentro del envejecimiento demográfico: la población mayor de 80 años creció más que la población total y que los demás grupos de edades.

En la Tabla 1 se presentan las variaciones intercensales registradas en los tres grupos que conforman la estructura de edades: a) población infantil de 0 a 14 años, b) población potencialmente activa en el mercado de trabajo de 15 a 64 años y c) población potencialmente inactiva en el mercado de trabajo de 65 años y más. En línea con lo que se comenta antes, el aspecto más notorio es la disminución de la población infantil y el crecimiento más elevado de la población mayor de 65 años, en particular de aquellos mayores de 80.

Tabla 1. Variación intercensal 2002-2010 de la población por grupos de edades y sexo

Estructura de edades	Variación intercensal 2002-2010		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total de la población	10,3	11,1	9,5
0 a 14 años	-3,3	-3,3	-3,4
15 - 64 años	16,8	18,5	15,2
65 años y más	22,5	21,2	23,7
Edad extrema	Ambos sexos	Varones	Mujeres
80 años y más	30,9	29,4	32,2

Variación intercensal = (población 2010-población 2002) /población 2002*100

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de los datos Censos Nacional de Población y Vivienda 2002 y 2010 ONE. REDATAM

Las proyecciones de población indican que en el año 2020 la población de República Dominicana ya está envejecida: los mayores de 65 años representan el 7,3% del total de la población, mientras que las personas de edad extrema

representan el 1,5% (Tabla 2). Para 2030, se estima que los mayores de 65 años representen 10,2% del total y en 2050 el 16%.³

Tabla 2. Estructura de edades de la población (2020)

Estructura de edad	Proyecciones año 2020		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres
0 a 14 años	27,5	28	26,9
15 - 64 años	65,2	64,9	65,4
65 años y más	7,3	7,1	7,6
Edad extrema			
80 y más	1,5	1,4	1,6

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de Estimaciones y Proyecciones Nacionales de Población 1950-2100, 2014. Oficina Nacional de Estadística.

Asimismo, es notoria la feminización de la población mayor y de edad extrema. Sin perjuicio de ello, la estructura de la población muestra una etapa de bonanza en términos de cargas de dependencia: disminuye el peso relativo de la carga de niños y aumenta levemente la de los mayores.

La relación de apoyo a los padres es un indicador que permite la evaluación de las cargas de dependencia de cuidados a las personas mayores. El índice relaciona la cantidad de personas mayores de 80 años, potenciales padres, con la de personas de 50 a 64 años, potenciales hijos. De acuerdo con las proyecciones de población de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), la carga potencial de cuidados aumentó como resultado del crecimiento del número de personas de 80 años y más. El aumento es contrarrestado, en parte, por el incremento en el número de personas de 50 a 64 años (Tabla 3).

Tabla 3. Índice de dependencia potencial de padres 2000-2020 (Proyecciones de población)

	2000	2010	2020
Índice de dependencia potencial de padres	8,57	10,47	11,57

Índice de dependencia potencial de padres = q personas 80 y más / q personas 50 a 64 * 100
Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de Proyecciones de Población 1950-2050. ONE.

Diferencias regionales

El envejecimiento demográfico no ha seguido un patrón uniforme en las treinta y un provincias y un Distrito Nacional que conforman la República Dominicana. En este documento se sigue la clasificación de envejecimiento de Naciones Unidas (1956) que define a la población de una jurisdicción según el porcentaje

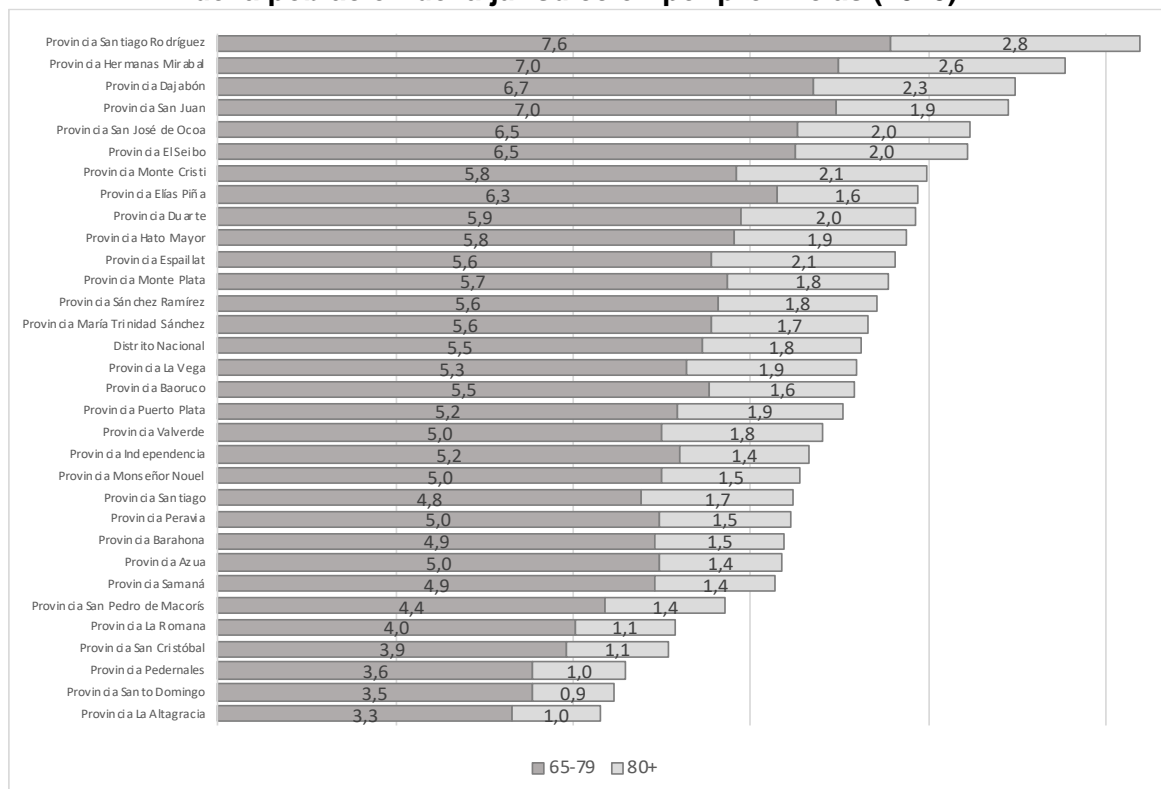
³ Según las proyecciones de Naciones Unidas con base en el escenario "Medium Variant".

de personas de 65 años y más sobre el total: a) población joven: menos de 4%, b) población madura: entre 4 y 6,99% y c) población envejecida: 7% y más. En el año 2010, según datos del censo nacional de población, diecisiete provincias y el Distrito Nacional tenían poblaciones envejecidas, se mantenían estructuralmente maduras las restantes catorce provincias, en tanto ninguna provincia dominicana registró una población estructuralmente joven (ONE, 2020).

Los comportamientos migratorios influyen en la diferencia entre provincias: las jurisdicciones expulsoras de población son las más envejecidas debido a la emigración de sus jóvenes, tanto interna como internacional, en tanto las receptoras de inmigración se mantienen estructuralmente más jóvenes (Massa, 2009). Al ser el turismo la principal actividad económica del país, las provincias en las que se localizan los principales centros turísticos ofrecen mercados de trabajo atractivos para los jóvenes de otras jurisdicciones y, en consecuencia, son las que poseen las poblaciones con estructuras de edades más jóvenes (figura 2).

El aumento de la proporción de personas de 80 años y más tampoco ha sido uniforme en el territorio nacional. Debe destacarse que las provincias con poblaciones más envejecidas son también las que poseen mayores porcentajes de personas de edad extrema, pero la coincidencia de la distribución no es total, se producen variaciones en el orden de las magnitudes de las distintas provincias con respecto a su envejecimiento poblacional (figura 2).

Figura 2. Porcentaje de personas de 65 a 79 años y de 80 años más sobre el total de la población de la jurisdicción por provincias (2010)



Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de los datos Censos Nacional de Población y Vivienda 2002 y 2010 ONE. REDATAM.

1.2. Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor

A lo largo de los últimos setenta años, la transición demográfica evolucionó acompañada por una transición epidemiológica, es decir, la disminución de la mortalidad fue seguida por una modificación de las causas de los fallecimientos. Durante esas décadas, la preeminencia de las causas de muertes por enfermedades comunicables cedió paso a los fallecimientos ocasionados por las enfermedades crónicas no comunicables, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y otras.

El descenso de la mortalidad en la población dominicana sigue el patrón de la llamada “transición polarizada prolongada” descrito por Frenk (1989; 1991), que caracterizó los cambios en los perfiles de salud de las poblaciones en los países latinoamericanos, en donde coexisten altas tasas de incidencias de enfermedades infecciosas y crónicas, con importantes heterogeneidades entre zonas geográficas y niveles socioeconómicos.

El perfil epidemiológico actual se caracteriza por la persistencia o el resurgimiento de enfermedades infecciosas y de problemas de salud materno-infantil, típicos de países en desarrollo, con el simultáneo aumento de

enfermedades crónicas no comunicables y degenerativas que afectan a sociedades más desarrolladas.

Frenk et al. (1989 y 1991) y Palloni (1990) destacaron que, en los países con ingreso medio o bajo, la persistente y profunda desigualdad social genera una variedad de condiciones de vida que dificulta alcanzar el final de la transición en todos los sectores y las regiones. Desde sus perspectivas, los niveles de mortalidad se han reducido pero la composición de las causas de muerte es mucho más compleja: aumenta la importancia de las enfermedades crónicas, pero, aunque las enfermedades infecciosas pierden predominio, estas siguen manteniendo un lugar preponderante dentro del perfil epidemiológico. Además, es necesario tener en cuenta que el alargamiento de los años de vida puede conllevar el padecimiento de secuelas de enfermedades adquiridas en etapas más tempranas.

1.2.1. Esperanza de vida y esperanza de vida saludable (EVS)

Una de las consecuencias de la transición demográfica es la disminución de la letalidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias, al mismo tiempo que aumenta la importancia de las enfermedades crónicas de larga evolución, y la posible generación de secuelas que pueden ser causa de discapacidades. El aumento de la esperanza de vida puede entonces conllevar el aumento del promedio de los años vividos con discapacidades y el padecimiento de múltiples enfermedades crónicas, con pérdida de capacidades funcionales progresivas en las personas adultas y adultas mayores que las padecen.

Este novedoso escenario epidemiológico plantea desafíos de magnitud a los sistemas de atención sociales y sanitarios, que deben enfrentar las tradicionales enfermedades agudas e infecciosas, a la vez que adaptar sus servicios para la atención de las morbilidades crónicas de larga evolución. La esperanza de vida al nacer es un indicador resumen que proporciona información sobre la mortalidad de una población, con independencia de su estructura de edades. Por este motivo ha sido, hasta el momento, la medida más utilizada para analizar comparativamente la salud de las poblaciones a escala global.

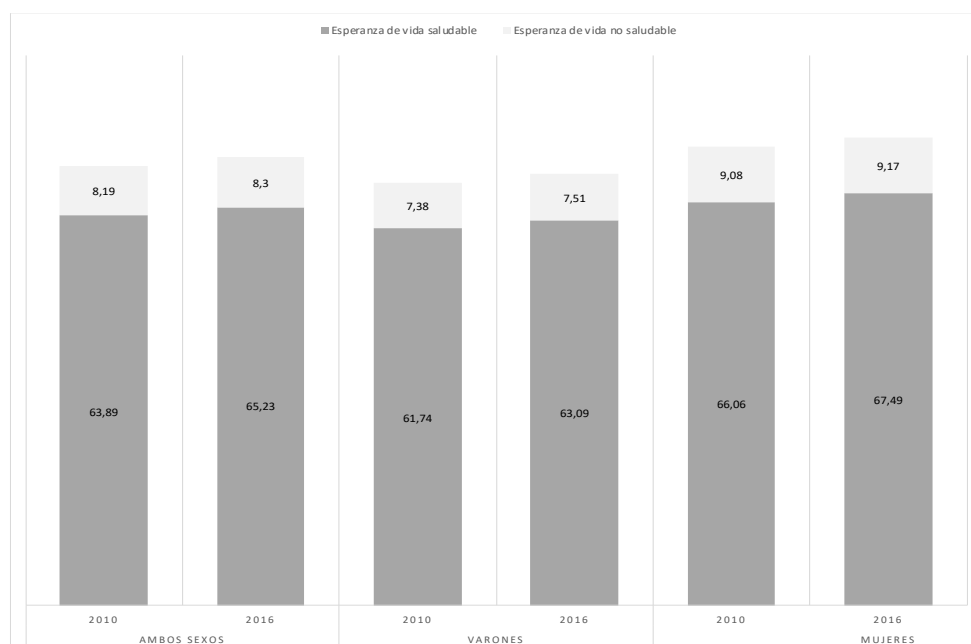
Sin embargo, a medida que se desplazó la mortalidad hacia las edades avanzadas y se produjo el predominio de la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, la esperanza de vida al nacer resultó insuficiente para estimar el estado de salud de las poblaciones: como se ha mencionado, el alargamiento de los años de vida puede conllevar el padecimiento de secuelas de enfermedades adquiridas en etapas más tempranas del curso de vida. Por este motivo, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven la elaboración y utilización del indicador de Esperanza de Vida Saludable (EVS) para el seguimiento de su estrategia de salud.

El indicador EVS integra las trayectorias de la mortalidad y de la morbilidad y divide la esperanza de vida total en años vividos en diferentes estados de salud, permitiendo añadir la dimensión “calidad” a la cantidad de años vividos (Goerlich y Pinilla, 2009). El indicador parte del supuesto de que, si la esperanza de vida saludable de una población crece más rápidamente que la esperanza de vida total, esa población no solo aumenta su longevidad, sino que además mejora su estado de salud.

De manera sintética, la EVS puede definirse como los años de vida que esperaría vivir un individuo con buena salud (sin enfermedades crónicas, limitaciones permanentes o discapacidad) en una población determinada, a una edad dada, si se mantuvieran las actuales tasas de mortalidad y prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones permanentes o discapacidad por edad observadas en esa población.

Con el propósito de facilitar la elaboración del indicador, el Grupo de Washington de la oficina de estadísticas de la OMS validó una batería de preguntas para la medición de las discapacidades. Las preguntas del Grupo de Washington captan el autoreporte de limitaciones permanentes o discapacidades de distinto tipo, con más de un año de duración, derivadas de enfermedades y trastornos físicos o mentales, que dificultan la interacción de la persona con el medio. Se presenta a continuación la estimación de EVS en la República Dominicana y su variación entre 2000 y 2016 (figura 3).

Figura 3. Esperanza de vida saludable y años esperados sin buena salud por sexo (2000-2016)



Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos del Observatorio de la Organización Mundial de la Salud (2020).

Según los datos proporcionados por el Observatorio de la Organización Mundial de la Salud (2020), alrededor del 89% de la vida promedio de hombres y mujeres

dominicanos transcurre libre de discapacidades. Como sucede en otros países (Redondo et al., 2016), las mujeres tienen en promedio una esperanza de vida saludable más elevada y también más años de vida con discapacidad.

1.2.2. Discapacidad y dependencia funcional

A medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de que desarrollen limitaciones sensoriales, físicas o mentales. La presencia de enfermedades no transmisibles –debido a que se caracterizan por ser de progresión lenta y difícil remisión– muchas veces también deviene en enfermedades crónicas que suelen originar pérdidas de capacidad funcional en las personas que las padecen.

Es importante destacar, sin embargo, que –aunque relacionados– los conceptos de limitaciones y de dependencia funcional no son sinónimos, tal como se explica en los Recuadros 1 y 2.

Recuadro 1. El concepto de discapacidad y su medición en República Dominicana

En las poblaciones envejecidas y longevas aumenta la prevalencia de discapacidades o limitaciones permanentes de tipo motor, sensorial o cognitivo, que dificultan la interacción de las personas mayores con el entorno.

Las discapacidades o limitaciones permanentes no son, en sí mismas, motivo de pérdida de autonomía. Si son leves, o se utilizan ayudas técnicas como anteojos, audífonos, bastones o sillas de ruedas, las personas con pérdida de capacidad funcional pueden desempeñarse de manera autónoma y participar en el medio social. Debido a que la discapacidad es una dificultad en la interacción de la persona con el medio, en las últimas décadas se han promovido adecuaciones en los ambientes urbanos de modo de facilitar la accesibilidad y disminuir los impedimentos para promover la plena participación de las personas con pérdidas de capacidad funcional.

El Grupo de Washington para la Medición de la Discapacidad recomendó la inclusión de cuatro dominios (preguntas), como mínimo, en la ronda de censos latinoamericanos 2010: ¿Tiene dificultad para ver, aun si usa anteojos o lentes? ¿Tiene dificultad para oír, aun si usa audífonos? ¿Tiene dificultad para subir o bajar escalones? ¿Tiene dificultad para recordar, concentrarse, tomar decisiones o comunicarse? Para cada una de estas preguntas, hay cuatro respuestas posibles sobre el grado de severidad, a saber: 1. No puedo hacerlo. 2. Sí, mucha dificultad. 3. Sí, alguna dificultad. 4. No, ninguna dificultad (CEPAL, 2014).

En el censo 2010 de la República Dominicana se formularon doce preguntas sobre discapacidad, con dos opciones de respuesta: a) Sí. b) No.

1. Limitaciones sensoriales: a) oído, aun utilizando audífonos.
2. Limitaciones sensoriales: b) vista, aun utilizando anteojos.
3. Dificultad para caminar o subir escalones.
4. Limitaciones motoras superiores: mover uno o los dos brazos.
5. Limitaciones motoras inferiores: mover una o las dos piernas.
6. Dificultad para recordar o concentrarse.
7. Dificultad para agarrar objetos o abrir recipientes con las manos.
8. Dificultad para hablar.
9. Dificultad, es mudo.
10. Dificultad, tiene problemas mentales.
11. Dificultad, le falta uno o dos brazos.
12. Dificultad, le falta una o dos piernas.

Ahora bien, como se mencionó, en muchos casos, las personas con limitaciones físicas o cognitivas pueden valerse de sí mismas, sin apoyos, para llevar adelante su vida cotidiana. En cambio, en otros casos, las limitaciones afectan de tal modo que las personas necesitan de otras personas o servicios para su desempeño diario, lo que se conoce como dependencia funcional (Recuadro 2).

Recuadro 2. El concepto de dependencia

La dependencia es un concepto diferente al de limitaciones permanentes. La dependencia hace referencia a una pérdida de capacidad funcional de intensidad tal que determina que una persona no puede desempeñar por sí misma, sin ayuda de terceras personas, un conjunto de actividades consideradas imprescindibles para llevar adelante la vida cotidiana.

Las actividades de la vida diaria a las que hace referencia el concepto de dependencia se distinguen en dos grandes agrupamientos: a) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y b) actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Las AIVD comprenden un conjunto de diligencias imprescindibles para la vida en el entorno hogareño y en la comunidad, tales como manejar dinero, utilizar el transporte público, subir escaleras, utilizar el teléfono, realizar compras o tomar medicamentos.

Las ABVD, en cambio, son acciones indispensables para la sobrevivencia personal: comer, usar el retrete, realizar el aseo personal, bañarse o levantarse de la cama.

La OMS recomienda tres grandes programas para ser desarrollados a escala global en las sociedades que envejecen: a) envejecimiento saludable, para evitar o posponer la fragilidad mediante la promoción de hábitos saludables de vida, b) ciudades amigas de la edad, para mejorar los entornos urbanos en pos de disminuir la dependencia de AIVD⁴ y c) cuidados de larga duración para la atención integral de las personas mayores con dependencia, fundamentalmente dirigido a las personas con dependencia de ABVD (WHO, 2020).

Con el propósito de orientar la programación de los servicios que se inscriben en estas tres grandes áreas, los países con poblaciones envejecidas llevan a cabo encuestas ad-hoc, en algunos casos longitudinales, focalizadas en las condiciones de vida de las personas mayores, captando, entre otros dominios, factores de riesgo, medición de discapacidad y prevalencia de dependencia de ABD y AIVD.

En la República Dominicana, la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) de la ronda 2013 relevó un módulo sobre discapacidad que permite conocer la prevalencia de dependencia en la población dominicana, que se analizará más adelante en el apartado “Dependencia de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria”.

⁴ En las últimas décadas del siglo pasado se observó que las mejoras en términos de accesibilidad de los entornos disminuyen las prevalencias de dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria. En cambio, las mejoras en el ambiente físico no disminuyen la prevalencia de dependencia en el desempeño de las actividades básicas (Spillman, 2004).

Discapacidad en la población mayor de la República Dominicana

Como se ha reiterado en puntos anteriores, la discapacidad física o cognitiva no implica necesariamente pérdida de autonomía. Mediante la rehabilitación y el entrenamiento o el uso de ayudas técnicas apropiadas, una persona con pérdida de capacidad funcional puede desempeñarse en la vida diaria sin necesidad del apoyo de otras personas o servicios. Sin perjuicio de ello, el tipo y la cantidad de limitaciones permanentes indican una mayor vulnerabilidad y la proximidad hacia la dependencia de la persona mayor que las padece. Ante la carencia de mediciones específicas de dependencia de ABVD y AIVD, las limitaciones de tipo cognitivo, las dificultades para asir o agarrar objetos o el padecimiento simultáneo de tres o más limitaciones permanentes de distinto tipo suelen considerarse indicadores “proxy” de dependencia de ABVD.

Por un lado, las dificultades de niveles moderadas a severas para recordar y comprender derivan en su enorme mayoría de enfermedades cerebrovasculares, Alzheimer u otras demencias. Este tipo de limitaciones suelen impedir la vida independiente porque ocasionan comportamientos que pueden ser peligrosos para sí o para terceros (Ebly et al., 1994). Cabe destacar que existe evidencia de que, en el caso de las limitaciones cognitivas, el autoreporte subestima la prevalencia de deterioro cognitivo en relación con la medición objetiva profesional, por lo que se puede inferir que la percepción subjetiva de dificultades para memorizar o comprender captada en la ronda 2010 de los censos de países latinoamericanos se correspondería a la existencia de dificultades moderadas o severas en la medición objetiva efectuada por profesionales (Redondo et al., 2018).

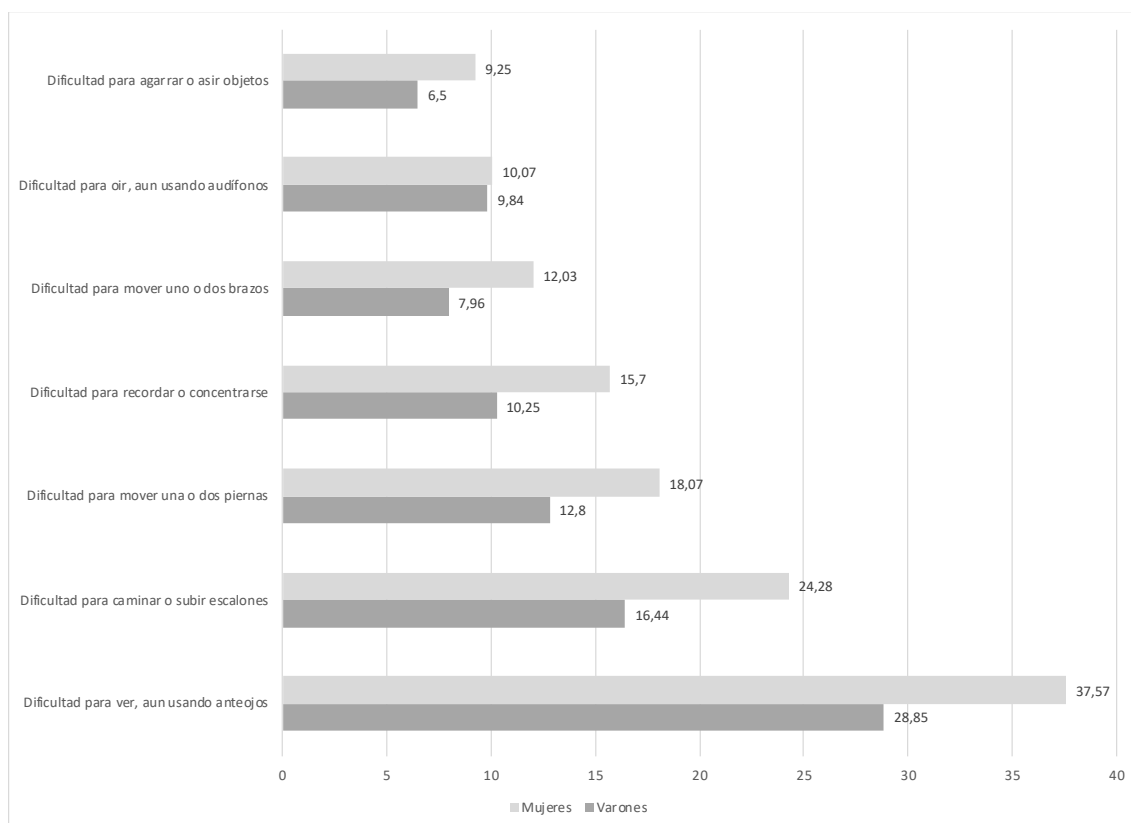
Por su parte, las dificultades para asir o agarrar objetos constituyen un indicador de fragilidad avanzada, y ocasionan limitaciones para comer sin ayuda, abrir envases o realizar el aseo personal. La fuerza de presión manual es un indicador de fuerza global, mortalidad y es predictor de cambios en la funcionalidad de las personas mayores (Günther et al., 2008; Wang & Chen, 2010; Cooper et al., 2011).

En la figura 4 se presentan las prevalencias de discapacidad o limitaciones permanentes en la población dominicana de 60 años y más, según los datos relevados por el censo de población 2010. Las dificultades para ver, aun usando anteojos, registraron mayor prevalencia, seguidas por las dificultades para caminar o subir escalones y mover las piernas (motoras inferiores ambas). Las dificultades para recordar o comprender, proxy de dependencia de ABVD, son la que siguen en magnitud.

En todos los tipos de limitaciones permanentes relevadas, las prevalencias según el autoreporte de las mujeres son más elevadas que las manifestadas por los hombres. La brecha de género es notable en las limitaciones para ver, aun usando anteojos, y para caminar o subir escalones. Sin embargo, es necesario

tener en cuenta que, al tratarse de valores autoreportados, puede haber sesgos culturales de género en su reconocimiento.

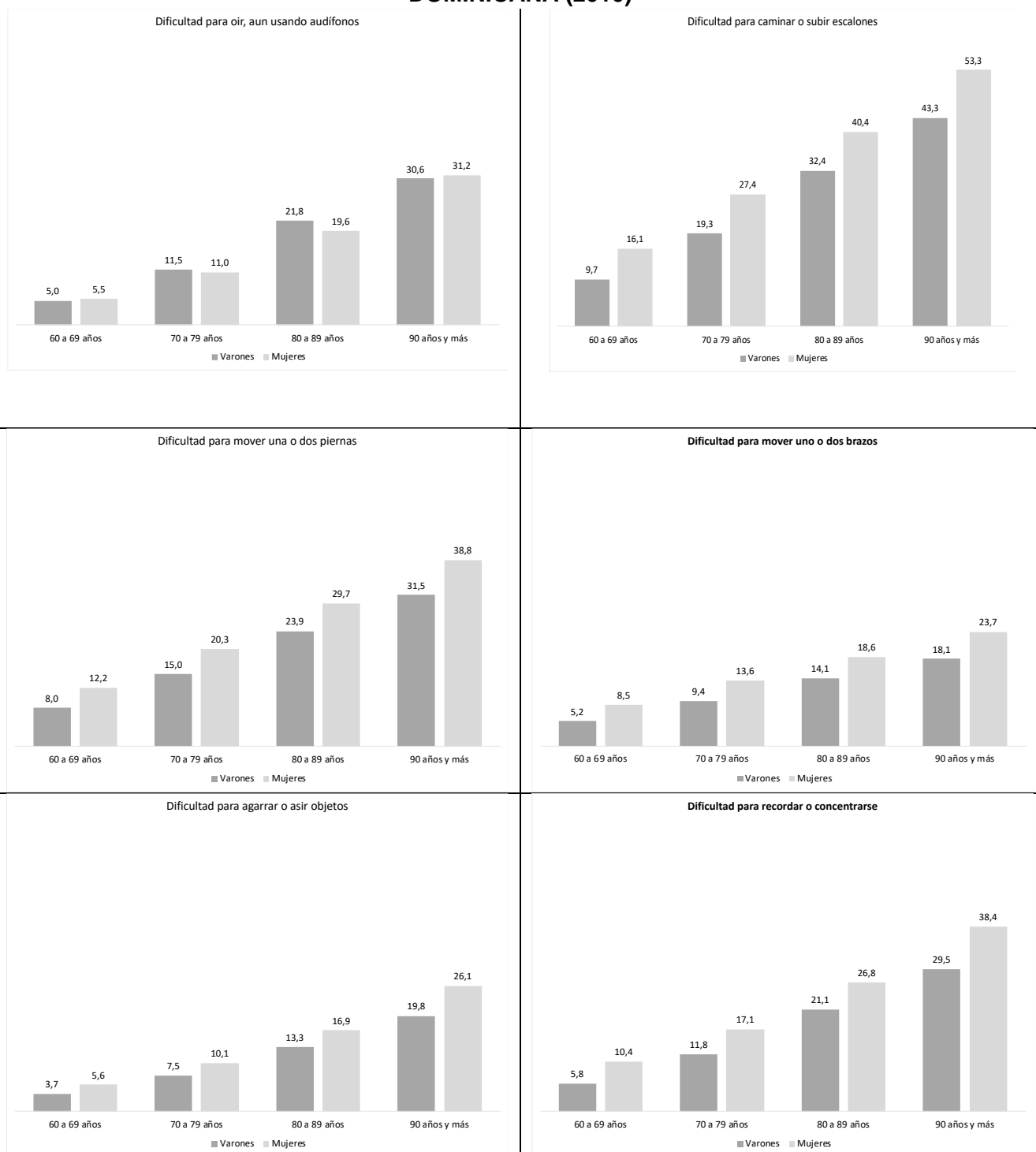
Figura 4. Prevalencia de limitaciones permanentes según tipo, por sexo, en personas de 60 años y más (%) (2010)



Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. ONE. REDATAM.

Las prevalencias observadas en la población mayor de 60 años presentan, además, marcadas diferencias entre los grupos de edad. En todos los tipos de limitaciones, las prevalencias aumentan en las edades más avanzadas, particularmente a partir de los 80 años, es decir, en las edades extremas (figura 5).

Figura 5. Prevalencias de limitaciones permanentes sensoriales, motoras inferiores, motoras superiores y cognitiva por edad y sexo. REPÚBLICA DOMINICANA (2010)



Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. ONE. REDATAM.

La limitación permanente visual muestra la prevalencia más elevada desde las edades más jóvenes de la población mayor, siguiéndole en orden de importancia la dificultad para caminar o subir escalones que también se presentan desde edades relativamente jóvenes.

En cambio, los dos tipos de limitaciones permanentes que son “proxy” de dependencia - recordar o comprender, y agarrar o asir objetos- , son menos prevalentes en los grupos de edades menores a los 80 años. Como se mencionó, ambos tipos de discapacidades están asociadas al riesgo de dependencia de ABVD.

Dependencia de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Los resultados de Múltiples ENHOGAR del año 2013 permiten conocer la prevalencia de dependencia para el desempeño de actividades de la vida diaria en la población mayor de la República Dominicana. La encuesta indagó en las personas de 60 años y más que reportaron limitaciones permanentes de algún tipo acerca de la necesidad de ayuda para realizar estas actividades de.

Las preguntas específicas se refirieron a la necesidad de ayuda en cinco actividades básicas de la vida diaria: a) alimentarse, b) bañarse, c) vestirse, d) acostarse y e) desplazarse dentro del hogar, y tres actividades instrumentales: a) relacionarse con los demás, b) desplazarse fuera del hogar y c) integrarse al aprendizaje.

El 28,9% de las personas mayores de 60 años con dificultad permanente reportaron, tener dificultades en al menos una actividad básica de la vida diaria. La cifra es de 45,2% entre los mayores de 80 (Tabla 4). Suponiendo que las personas sin limitaciones no presentan dificultades –lo cual puede significar una subestimación– esto significa que al menos el 10,2% de las personas mayores de 60 años presentan dificultades en al menos una actividad básica, porcentaje que aumenta a 26,9% entre los mayores de 80. En el caso de las actividades instrumentales, la prevalencia de dificultades es aún mayor. En todos los casos, la presencia de dificultades es mayor entre las mujeres

Tabla 4. Porcentaje de la población con dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria entre quienes reportan limitaciones permanentes (2013)

	ABVD			AIVD		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
60+	26,8%	30,8%	28,9%	37%	44,4%	41%
60-69	18,1%	17,2%	17,6%	26,3%	29,3%	27,9%
70-79	22,9%	29%	26,1%	33%	45,1%	39,3%
80+	42,7%	47,1%	45,2%	55,4%	59,8%	57,9%

Notas: ABVD se refiere a Actividades Básicas de la Vida Diaria (incluye alimentarse, bañarse, vestirse, acostarse, desplazarse dentro del hogar).

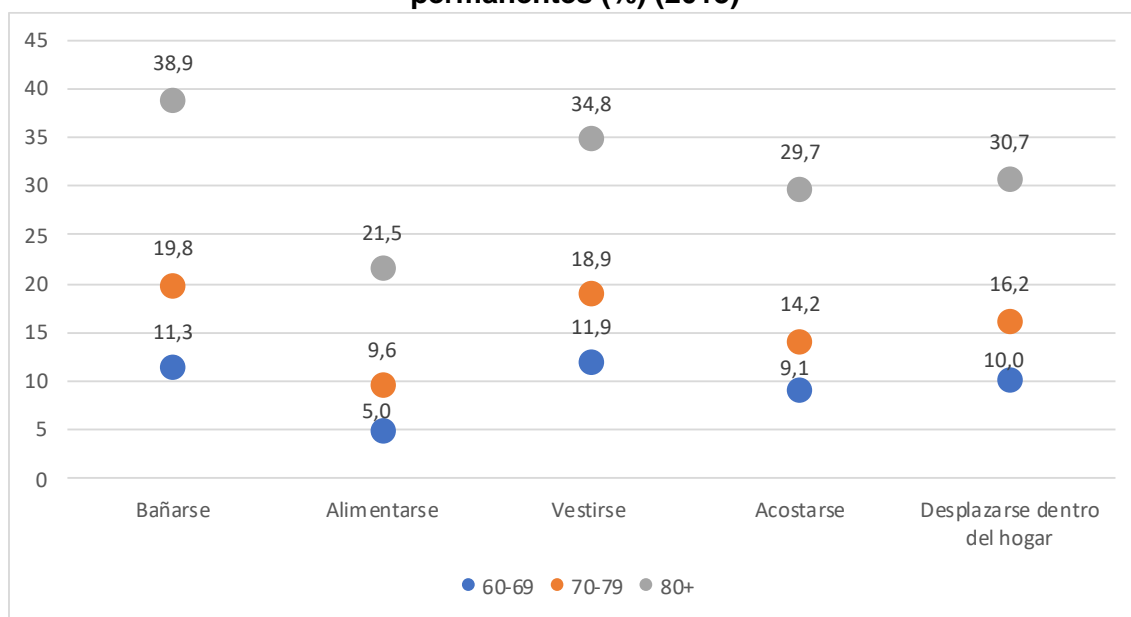
AIVD se refiere a Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (incluye relacionarse con los demás, desplazarse fuera del hogar, integrarse al aprendizaje).

Se reportan las prevalencias entre las personas que declararon tener limitaciones permanentes de algún tipo.

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos de ENHOGAR 2013.

La necesidad de ayuda para vestirse y bañarse son las que registran las mayores prevalencias entre las actividades básicas investigadas, y le siguen en orden de frecuencia las personas que dijeron necesitar ayuda para desplazarse dentro del hogar, para acostarse y, en menor proporción, para alimentarse (figura 6).

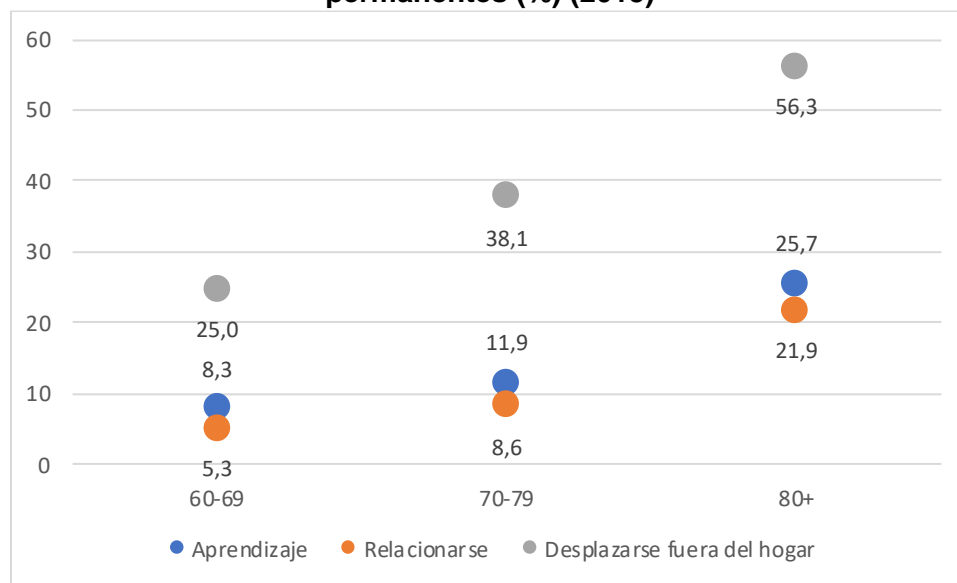
Figura 6. Prevalencias de dificultades en ABVD entre personas con limitaciones permanentes (%) (2013)



Fuente: Elaborado por la autora sobre la base de datos brutos ENHOGAR 2013. ONE.

Entre las actividades instrumentales de la vida diaria, la necesidad de ayuda para desplazarse fuera del hogar es la que reportó la mayor cantidad de respuestas afirmativas (figura 7). La elevada prevalencia de este tipo de necesidad instrumental es frecuente en la mayor parte de los países del mundo, de allí la propuesta del programa de OMS “Ciudades Amigas de la Edad” para hacer accesibles los entornos y facilitar el desplazamiento autónomo de las personas mayores.

Figura 7. Prevalencias de dependencia en AIVD entre personas con limitaciones permanentes (%) (2013)



Fuente: Elaborado por la autora sobre la base de datos brutos ENHOGAR 2013. ONE.

Los datos aportados tanto por el censo nacional de 2010 como por la encuesta de hogares 2013 permiten inferir que el porcentaje de mayores de 80 años es un indicador demográfico válido para estimar dependencia y necesidades de cuidados de larga duración en la República Dominicana. El aumento de la longevidad de la población y el consecuente incremento de la población de personas de edad extrema implica la necesidad de encarar programas de cuidados de larga duración, siguiendo las recomendaciones de la OMS para los países que transitan este tipo de escenarios.

1.2.3 Condiciones de salud de la población mayor dominicana

En la actualidad, como resultado de los cambios epidemiológicos hasta aquí descritos, disminuyó la letalidad de las enfermedades infectocontagiosas, aunque no se logró su total erradicación. La mortalidad, entonces, tendió a concentrarse en las edades avanzadas, de tal manera que, en el año 2018, el 67,6% del total de los fallecimientos acaecidos en el país correspondieron a personas mayores de 60 años; en tanto, en ese mismo año, el 40,6% de los fallecidos correspondieron a mayores de 75 años (ONE, 2020).

Las enfermedades crónicas no transmisibles predominan como causas de muerte, y su importancia aumenta a medida que se avanza en los grupos de edad. Se destaca, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares y, con menor prevalencia, los neoplasmas (incluidos tumores malignos). Las muertes por causas externas, principalmente por violencia, son relativamente importantes

y afectan en particular a los hombres en edades jóvenes, por lo que contribuyen a la feminización de la fuerza de trabajo (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual según causa de muerte de las defunciones totales de todas las edades y ambos sexos (2019)

	Todas las edades	Población de 70+
Enfermedades cardiovasculares	38,5%	51,2%
Neoplasmas	15,3%	16%
Diabetes y otras enfermedades del riñón	7,4%	7,6%
Desórdenes neurológicos	3,4%	6,2%
Enfermedades digestivas	5,5%	5%
Enfermedades respiratorias infecciosas	3,9%	4%
Enfermedad respiratoria crónica	2,7%	3,8%
Causas externas	10,6%	3%
Otras	12,6%	3,2%

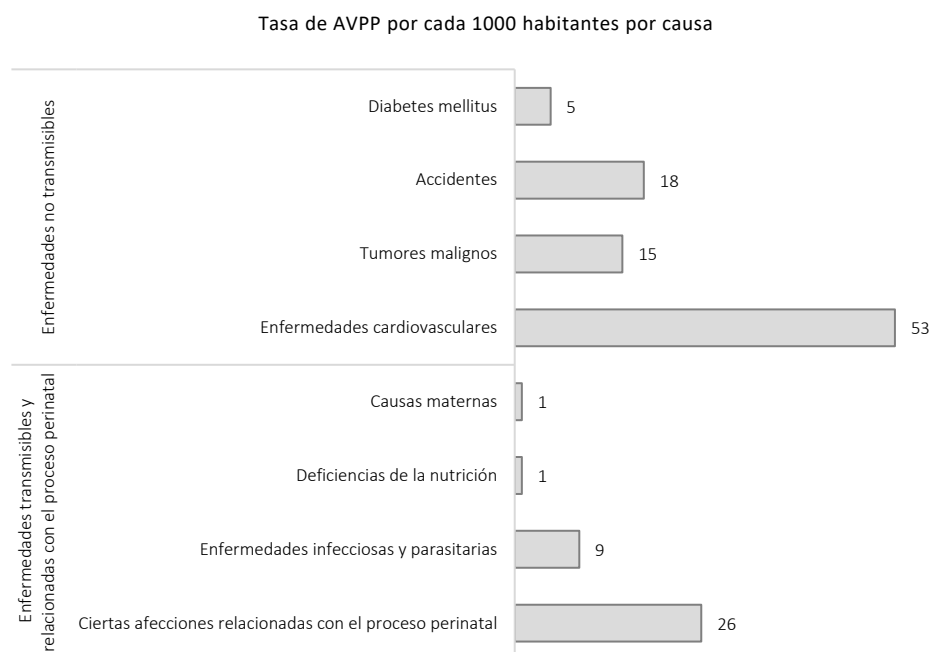
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Global Burden of Disease 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

1.2.4. Carga de enfermedad y años de vida perdidos

El indicador de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) exhibe de manera nítida las pérdidas que se sufren en una sociedad por el fallecimiento de personas jóvenes -o muerte prematura-, por diferentes causas. Es un indicador que señala las desigualdades en la salud de las poblaciones, o entre distintos subgrupos de una misma población. Los años de vida potenciales perdidos se calculan estableciendo un umbral hipotético a la vida en esa sociedad que, en el caso de la República Dominicana, se fijó en 70 años (Ministerio de Salud, OPS, OMS, 2019). Los años perdidos se calculan como la diferencia entre el umbral hipotético de vida menos la edad de muerte de cada defunción, es decir, se incluyen todas las muertes que ocurren hasta los 69 años de edad. La tasa de AVPP por mil expresa el índice entre el promedio de AVPP de un período y la población menor de 69 años de ese período.

Los datos disponibles para el año 2013 (PAHO, 2020; Vicepresidencia Rpca. Dominicana, 2019) muestran las cargas de enfermedades transmisibles y no transmisibles que ocasionan muertes prematuras en la población (figura 8).

Figura 8. Tasa de AVPP por cada 1000 habitantes por causas seleccionadas (2013)



Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos OPS-PAHO (2017)

El gráfico ilustra la preeminencia de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer —no transmisibles— en la mortalidad prematura de la población dominicana, coexistiendo con el impacto negativo de las afecciones relacionadas con el proceso perinatal y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Asimismo, es importante la carga de muertes prematuras ocasionadas por accidentes y violencia que, como se mencionó, afecta especialmente a la población masculina joven.

En los últimos años, los sistemas sanitarios de los países con poblaciones envejecidas y adelantadas en la transición epidemiológica adoptaron el enfoque de trayectorias para estudiar la evolución de las enfermedades crónicas en sus fases avanzadas. Sobre la base del análisis de evidencia empírica, se han descrito tres trayectorias finales según el perfil de las morbilidades: a) oncológicas, b) fallas orgánicas y c) fragilidad avanzada o demencias, denominados también como pacientes o síndromes geriátricos (Sánchez del Corral Usaola, 2005; Prognostic Indicator Paper, 2006). La literatura indica que estas tres trayectorias evolucionan de manera diferenciada, aunque personas mayores con múltiples morbilidades pueden oscilar entre más de un perfil. Las tres trayectorias requieren cuidados hacia el final de su evolución, cuya duración y complejidad es variable en cada una de ellas. Las investigaciones coinciden en delinear una curva declinante de las capacidades más prolongada para la tercera trayectoria. Las demencias, las enfermedades cerebrovasculares y la fragilidad avanzada conforman el perfil que requiere necesidades de apoyo de más larga duración, con complejidad creciente (Prognostic Indicator Paper, 2006; Gómez

Battiste et al., 2016). En las tres trayectorias, los cuidados de larga duración incluyen los cuidados paliativos cuando el pronóstico de vida es ya muy limitado.

La concentración de más de la mitad de los fallecimientos en personas mayores de 60 años y de algo más del 40% en personas mayores de 75 años, así como la preeminencia de enfermedades no transmisibles como causa de muerte son los indicadores que señalan la conveniencia de aplicar en República Dominicana el enfoque de las trayectorias de las comorbilidades crónicas para encarar la adecuación de los sistemas sociales y sanitarios del país. Las trayectorias permiten estimar las necesidades y la complejidad de los cuidados según la evolución de los perfiles de salud-enfermedad.

1.3. Características socioeconómicas de la población adulta mayor

El diseño de políticas y programas de cuidados para la dependencia requiere conocer aspectos clave de la población mayor dominicana. En este punto se analizarán tres dimensiones de condiciones de vida de las personas con limitaciones permanentes que, se estima, permiten una aproximación al tema: a) el nivel socioeconómico, b) el nivel educativo alcanzado y c) el tipo de hogar en que residen. La observación se realiza sobre las personas que poseen dificultades para recordar y comprender, y las que reportaron limitaciones para asir o agarrar objetos.

1.3.1. El impacto de la estructura social en la discapacidad de las personas mayores

La desigualdad social tuvo impacto sobre el curso de la transición epidemiológica de los países de la región y, en consecuencia, sobre la disminución diferencial de la mortalidad según los estratos sociales. Con el propósito de observar la distribución de la población total dominicana en la estructura social, en la Tabla 6 se exhibe la participación de los tres grandes grupos de edades por sexo en los estratos socioeconómicos definidos por la Oficina Nacional de Estadística (ONE).

Tabla 6. Distribución porcentual por grupo de edad según grupo socioeconómico (2010)

Edad en grandes grupos	Grupo socioeconómico					
	Muy bajo	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto-Alto	Total
Hombres (#)	315.737	1.025.249	1.265.440	1.359.858	756.276	4.722.560
Total	6,7%	21,7%	26,8%	28,8%	16,%	100%
0 – 14	4,7%	23,4%	28,7%	29,%	14,2%	100%
15 – 64	7,3%	21,0%	26,0%	28,7%	17,0%	100%
65 y más	10,2%	20,8%	25,6%	28,4%	15,0%	100%

Edad en grandes grupos	Grupo socioeconómico					
	Muy bajo	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto-Alto	Total
Mujeres (#)	170.773	929.080	1.268.576	1.490.863	839.895	4.699.187
Total	3,6%	19,8%	27%	31,7%	17,9%	100%
0 - 14	4,2%	23%	28,6%	29,7%	14,5%	100%
15 - 64	3,3%	18,4%	26,4%	32,3%	19,6%	100%
65 y más	4,5%	18,4%	26%	35,1%	16,1%	100%

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. ONE. REDATAM.

Debe destacarse que las mujeres están distribuidas en estratos socioeconómicos más elevados que la población masculina. Entre los hombres, se observa una concentración de personas mayores en los estratos socioeconómicos bajos; las mujeres de más de 65 años están en mejor posición social que los hombres de su mismo grupo de edad.

Con este marco general de referencia, se observa que la desigualdad también tuvo impacto en la prevalencia de discapacidades y en la edad en que estas aparecen. En la Tabla 7 se presenta la prevalencia de dificultades cognitivas por grupos de edad y nivel socioeconómico. Estas prevalencias se comparan con la prevalencia promedio en ese grupo de edad. Los sombreados corresponden a las prevalencias que superan la media del grupo de edad respectivo. En los niveles socioeconómicos bajos o medio-bajos, el deterioro cognitivo a edades tempranas es más prevalente que en el total. En los estratos socioeconómicos medios, recién a partir de los 80 años las prevalencias superan la media. Por su parte, en los estratos más altos, las prevalencias son menores a la media poblacional para todos los grupos de edad, indicando que, en este grupo, el aumento de la esperanza de vida es con buena salud.

Tabla 7. Prevalencia específica por edad y grupo socioeconómico de dificultades para recordar y comprender (2010)

Edad en grupos decenales	Grupo socioeconómico					
	Muy bajo	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto-Alto	Total
	14,1	14,6	14,3	13,3	8,4	13
60 - 69 años	9,1	9,5	9,4	8,2	5,9	8,1
70 - 79 años	14,2	16,3	16,2	14,4	9,8	14,5
80 - 89 años	24	25,6	25,3	24,2	20,1	24,1
90 años y más	33,9	34,3	34,5	36	31,8	34,5

Prevalencia específica= q de personas con discapacidad de edad x y grupo socioeconómico x / q total de personas de esa edad y grupo socioeconómico * 100.

Prevalencia específica Total=Media poblacional de ese grupo de edad. Área sombreada, prevalencias por encima de la media poblacional.

(*) Excluye la "no respuesta".

Elaboración de la autora sobre la base de datos de Censo de Población y Vivienda 2010. ONE. REDATAM.

Las prevalencias específicas de dificultades para agarrar o asir objetos siguen el mismo patrón: aparición temprana en los estratos bajos y medios bajos, prevalencias por encima de la media a partir de los 80 años en los estratos socioeconómicos medios y prevalencias por debajo de la media en todos los grupos de edad en el grupo socioeconómico medio alto y alto (Tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia específica por edad y grupo socioeconómico de dificultades para agarrar o asir objetos (2010)

Edad en grupos decenales	Grupo socioeconómico					Total
	Muy bajo	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto-Alto	
Total 60 años y más (*)	8,2	8,9	8,6	8,1	5,1	7,9
60 - 69 años	4,8	5,7	5,4	4,6	2,4	4,6
70 - 79 años	8,7	9,8	9,8	8,8	5,7	8,8
80 - 89 años	14,1	16,2	16	15,4	12,7	15,2
90 años y más	21,1	22,8	23,7	24,8	21,9	23,4

Prevalencia específica= q de personas con discapacidad de edad x y grupo socioeconómico x / q total de personas de esa edad y grupo socioeconómico * 100.

Prevalencia específica Total=Media poblacional de ese grupo de edad. Área sombreada, prevalencias por encima de la media poblacional.

(*) Excluye la "no respuesta".

Elaboración de la autora sobre la base de datos de Censo de Población y Vivienda 2010. ONE. REDATAM.

La información censal pone de manifiesto la heterogeneidad de los distintos grupos socioeconómicos de la población mayor dominicana en lo que refiere a la prevalencia de limitaciones, donde los estratos más bajos son los más perjudicados.

La literatura internacional señala que el nivel educativo alto alcanzado en las etapas tempranas del curso de vida constituye un factor protector de la función cognitiva durante la vejez, lo cual es evidenciado, por ejemplo, en una menor prevalencia de la enfermedad de Alzheimer entre la población más educada (Wilson et al., 2009). Esta asociación se refuerza debido a la relación entre nivel educativo y nivel socioeconómico (Zahodne, 2015).

Esta relación se verifica también entre la población dominicana. La prevalencia de dificultades de tipo cognitivo en el total de la población mayor de 60 años es de 11,2% en promedio; entre los que tienen cero años de escolaridad la prevalencia es de 19,2%, mientras que entre quienes tienen nivel educativo universitario o superior es de 4,6%. Una tendencia similar se evidencia con respecto a la dificultad para agarrar/asir objetos, verificándose que la educación adquirida en las edades tempranas de curso de vida es un factor protector de pérdida de capacidad funcional durante la vejez.

Los datos censales indican que en 2010 alrededor de 26.000 personas mayores de 60 años de los estratos sociales muy bajos y bajos tenían limitaciones

permanentes de tipo cognitivo, en tanto alrededor de 16.000 personas mayores tenían dificultad para agarrar o asir objetos. Se trata, en consecuencia, de la población de máxima vulnerabilidad y mayor demanda potencial de los programas de atención a la dependencia.

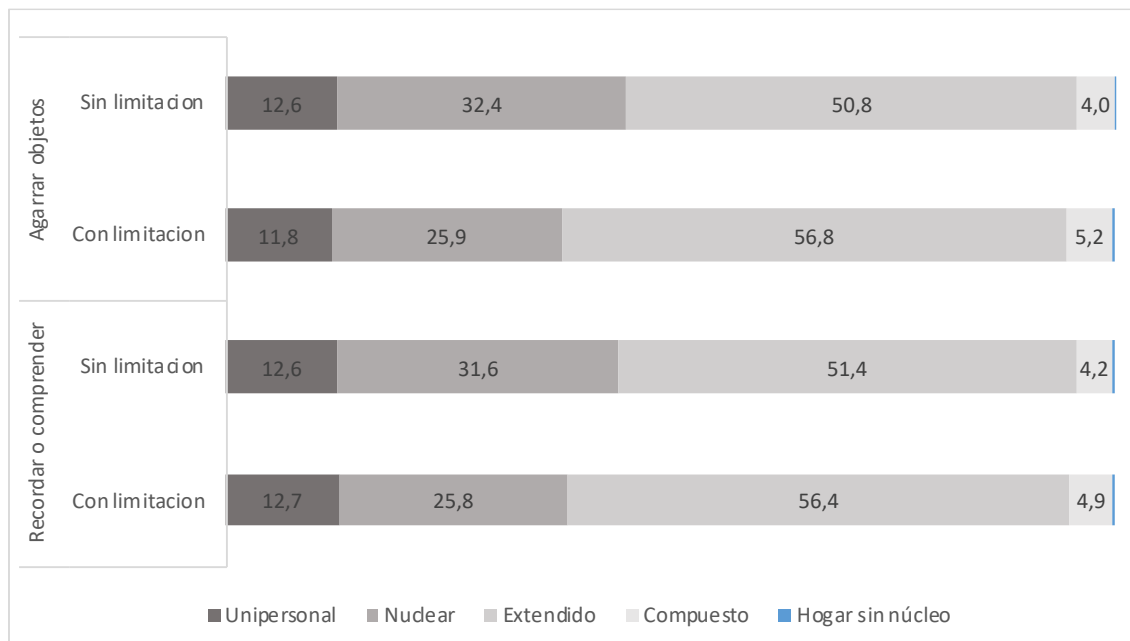
1.3.2. El impacto de las discapacidades en los arreglos residenciales de las personas mayores

Diversos estudios señalan que la existencia de limitaciones o dependencia funcional influyen en los arreglos residenciales de las personas mayores cuando no hay disponibilidad de servicios formales de atención a la dependencia en la comunidad (Redondo et al., 2015; Vasunilashorn et al., 2012; Henessy, 1995). En los países con envejecimiento demográfico reciente y longevidad incipiente, las familias son las principales proveedoras de apoyo a las personas con dependencia. En estos contextos, se observan modalidades de allegamientos habitacionales que se pueden interpretar como una estrategia para aumentar la capacidad de soporte familiar.

Con el propósito de observar el impacto de la dependencia sobre los arreglos habitacionales, se presentan comparadamente la distribución porcentual por grupo de edad de las personas mayores con y sin limitaciones permanentes, según el tipo de hogar en el que residen (figura 9). Se observa que las personas con limitaciones son más propensas a vivir en hogares extendidos o compuestos.

En la figura 9 se exhiben los porcentajes de personas de 60 años y más que reportaron tener limitaciones permanentes para recordar o aprender y la misma distribución para los mayores de 60 años que dijeron no tener limitaciones de ese tipo. El análisis contrastado de ambas tablas muestra que en la población que reportó limitaciones cognitivas aumenta la proporción de personas que residen en hogares extensos y disminuye la de quienes viven en hogares nucleares en todos los grupos de edad. La proporción de personas que viven en hogares compuestos aumenta notoriamente a edades más avanzadas (no se muestra en el gráfico). En el caso de personas con limitaciones cognitivas, por ejemplo, el porcentaje pasa de 4,9% entre los mayores de 60 años a 7,6% entre los mayores de 90. Para aquellos sin limitaciones cognitivas, el porcentaje pasa de 4,2% a 6,9%.

Figura 9. Distribución porcentual por tipo de hogar de las personas mayores, según presencia de limitaciones permanentes (2010)



(*) Excluida la "no respuesta".

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos de Censo de Población y Vivienda 2010. ONE. REDATAM.

1.3.3. Actividad económica y cobertura previsional en la población mayor dominicana

El análisis de la condición de actividad económica de la población mayor de 65 años de la República Dominicana muestra que, en el año 2018, la tasa de actividad de los mayores, principalmente de los hombres, se mantenía relativamente elevada hasta los 80 años de edad (Tabla 9).

Tabla 9. Tasa de actividad laboral por sexo y edad de la población de 65 años y más (2018)

Grupos de edad	Tasa de ocupación		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
65 años y más	28,1	44,6	14,6
65 a 69 años	42,8	63,9	25,8
70 a 79 años	27,5	44,7	12,6
80 a 89 años	10,5	19,2	3,8
90 años y más	2,4	5,2	0,6

Tasa de ocupación= q de población ocupada de ese grupo de edad/q total del grupo de edad*100

Fuente: Elaborado por la autora sobre datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2018. REDATAM. ONE, 2020.

La cobertura del sistema de seguridad social dista todavía mucho de ser universal: solo algo más del 20% de la población de 65 años y más respondió

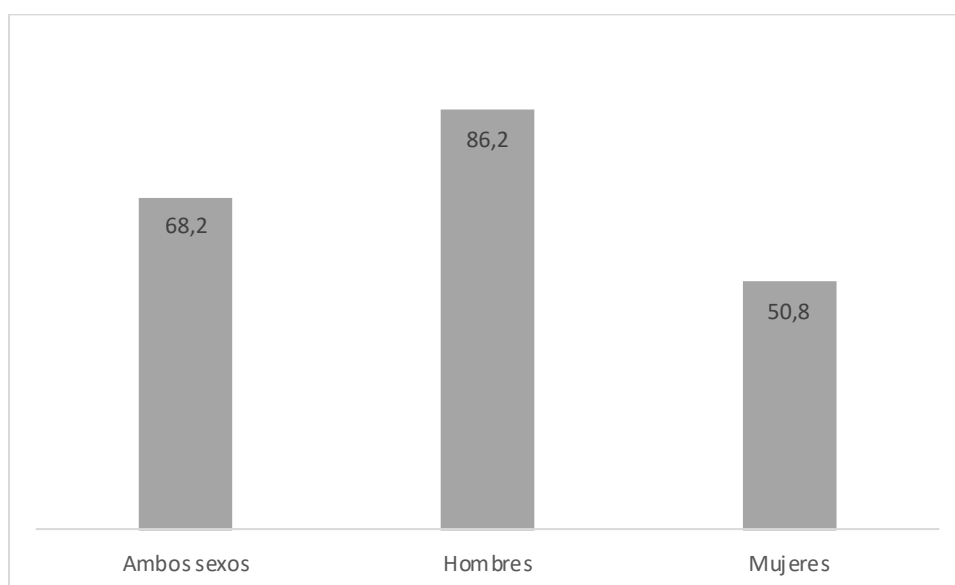
que no trabajó porque era jubilado o pensionado. Llama la atención que un 53% declara no trabajar debido a una situación de incapacidad o edad avanzada.

Además de la baja cobertura previsional, los montos de los beneficios, para quienes sí los reciben, son bajos. Según estudios efectuados por United Nations Population Fund (UNFPA, 2016) en base a datos de la Dirección General de Jubilaciones y Pensiones (DGJP), en diciembre de 2014 el 77,4% de las personas mayores de 60 años pensionadas recibía menos de RD\$6.000 mensuales de beneficio (equivalente a USD110). Debe tenerse en cuenta que, en esa fecha, el costo de la canasta básica de los hogares más pobres era de RD\$12.545,3 (USD230), es decir, más del 70% de las personas mayores pensionadas cobraban menos que el costo de la canasta básica de los hogares más pobres del país.

La débil extensión de la seguridad social es uno de los factores que podría explicar, por un lado, la alta participación de los adultos mayores en el mercado laboral y, por otro, la preeminencia de los allegamientos residenciales en familias extensas, multigeneracionales, de las personas mayores con limitaciones permanentes.

En estos contextos, las redes familiares ampliadas ofrecen mayor capacidad de soporte económico y de cuidados. Es conveniente recordar que la capacidad de soporte familiar para el cuidado de las personas con dependencia disminuye ante el aumento de la participación laboral femenina. En República Dominicana, en el año 2018, la actividad laboral de los potenciales hijos de las personas mayores en edad extrema (población de 50 a 64 años) es elevada también entre las mujeres. Más del 50% de las mujeres potenciales cuidadoras familiares trabajan (figura 10).

Figura 10. Tasa de ocupación de la población de 50 a 64 años por sexo (2018)



Tasa de ocupación= q de población ocupada de ese grupo de edad/ q total del grupo de edad*100

Fuente: Elaborado por la autora sobre datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) 2018. REDATAM. ONE, 2020.

El conjunto de la información sociodemográfica hasta acá analizado muestra el impacto de la transición demográfica y epidemiológica sobre la calidad de vida de la población mayor en la República Dominicana, fundamentalmente, en lo que tiene que ver con la situación de salud, así como el aumento de la prevalencia de limitaciones y dependencia funcional. El análisis de los arreglos residenciales permite inferir que la población con limitaciones permanentes recibe principalmente el apoyo informal mediante la cooperación de los integrantes de las familias extendidas. Asimismo, el estudio de los grupos socioeconómicos pone en evidencia que las personas de los estratos más bajos requerirían ayuda con sus actividades diarias a edades más tempranas que aquellas de mejor nivel socioeconómico.

En el próximo punto se analizará en detalle las políticas y programas dirigidos a cubrir las necesidades de atención a la dependencia de la población adulta mayor.

Sección 2. El papel del gobierno en los servicios para el apoyo a la dependencia

Cuando las poblaciones envejecen y son más longevas, el apoyo familiar a la vejez se torna insuficiente. Ello se debe a que, como consecuencia de la longevidad, aumentan las familias en las que todos sus integrantes son personas mayores (padres/madres de 90 años e hijos de 70; hijos de 80 años que fallecen antes que sus padres/madres/ de 100 años), mientras que, como consecuencia del descenso de la fecundidad, disminuye la cantidad y proporción de los familiares jóvenes que pueden brindar cuidados.

La implantación de sistemas de cuidados de larga duración es la respuesta recomendada para hacer frente a los nuevos entornos demográficos (Cafagna et al., 2020). Se trata de la articulación de servicios sociales y sanitarios, formales e informales, centrados en satisfacer las necesidades de las personas con pérdida de capacidad funcional para el desempeño de las actividades de la vida diaria, preservando la autonomía de sus decisiones.

Los sistemas de cuidados de larga duración para la atención de la dependencia de las personas mayores implican la adecuación normativa y operativa de los tradicionales sistemas de protección social. Sin embargo, su puesta en marcha en los países latinoamericanos todavía registra vacíos significativos.

Con el propósito de evaluar la situación actual de estos sistemas en la República Dominicana, en esta sección se revisará el plexo normativo y la estructura operativa de la protección social vigentes en estas primeras décadas del siglo XXI hasta el momento actual.

2.1. Normativa y marco institucional sobre adultos mayores

En primer lugar, es conveniente describir brevemente el andamiaje institucional establecido por la reforma del sistema de seguridad social dominicano del año 2001, que se ha puesto en marcha de manera gradual y progresiva. Es de interés revisar la composición y el grado de avance de los dos pilares fundantes del bienestar en la vejez: a) la cobertura de ingresos monetarios tras el cese de la actividad laboral y b) la cobertura de salud. Asimismo, la revisión incluye la creación del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), organismo responsable de los programas asistenciales específicamente dirigidos a satisfacer las necesidades de las personas mayores.

2.1.1. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS)

En el año 2001, transcurridas cinco décadas de intensas transformaciones demográficas, se dictó la Ley 87-01 de creación del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) para la protección de la población “contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen” (artículo 1° de la citada Ley).

El SDSS está integrado por tres regímenes de financiamiento:

- 1) El régimen contributivo: que comprende a trabajadores asalariados del sector público y del privado, financiado por las contribuciones de trabajadores y empleadores (incluye al Estado como empleador).
- 2) El régimen subsidiado, que protege a trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables o inferiores a un salario mínimo nacional, desocupados, discapacitados o indigentes. El financiamiento del régimen es principalmente estatal.
- 3) El régimen contributivo subsidiado, que cubre a profesionales o técnicos independientes, así como a trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio iguales o superiores al salario mínimo nacional, financiado con aportes de los trabajadores y un subsidio estatal para compensar la falta de aportes del empleador.

Es importante destacar que, para los regímenes subsidiado y contributivo subsidiado, la Ley 87-01 establece el gradualismo de su implementación que prioriza la protección de los grupos con mayores carencias y las provincias con

más elevados índices de pobreza. Los tres regímenes (contributivo, subsidiado y contributivo subsidiado) ofrecen: a) seguro de vejez, discapacidad y sobrevivencia, y b) seguro familiar de salud. Es decir, jubilaciones y pensiones y cobertura de salud, que son las dos políticas públicas centrales para el bienestar en la vejez.

La dirección y conducción del SDSS está a cargo del Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). En cambio, las funciones de administración de riesgos y prestación de servicios están a cargo de las entidades públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas por la institución pública competente. Las entidades prestadoras son, en virtud de esta legislación, administradoras de fondos de pensión (AFP) privadas, administradoras de riesgo de salud privadas, la AFP pública, y el Seguro Nacional de Salud, público.

Jubilaciones y pensiones

El sistema previsional contributivo se organiza en cuentas individuales de capitalización. Las prestaciones que otorga son a) pensión por vejez, b) pensión por discapacidad total o parcial, c) pensión por cesantía por edad avanzada y d) pensión de sobrevivencia.

En el régimen subsidiado se establece una pensión solidaria, dirigida a paliar situaciones de pobreza, que beneficia a: personas de cualquier edad con discapacidad severa, personas mayores de 60 años que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades básicas y las madres solteras desempleadas con hijos menores de edad que carecen de recursos para satisfacer las necesidades esenciales.

Además, tanto el régimen subsidiado como el régimen contributivo-subsidiado abarcan una pensión por vejez, discapacidad, total o parcial, y una pensión por sobrevivencia. Sin embargo, ninguno de estos dos regímenes (subsidiado y contributivo-subsidiado) se ha implementado hasta el momento. En el Plan Estratégico de Gobierno 2021-2024, la recién asumida gestión del gobierno de la República incluyó la cobertura efectiva de las pensiones para el régimen subsidiado entre sus metas prioritarias, pero quedaron excluidas las prestaciones del régimen contributivo-subsidiado. Es decir, por el momento, las metas están focalizadas en la cobertura con jubilaciones y pensiones para las personas envejecientes en situación de máxima pobreza y vulnerabilidad.

En síntesis, tanto la extensión de la cobertura previsional como el monto de los haberes de las pensiones por vejez, discapacidad y sobrevivencia son en la actualidad exiguos e insuficientes para cubrir las necesidades materiales de las personas mayores dominicanas. En ningún caso cubren el riesgo de dependencia en la vejez.

El sistema de salud

El artículo 129 de la Ley 87/01 establece que toda la población dominicana, comprendiendo a los tres regímenes -contributivo, contributivo subsidiado y subsidiado-, tendrá derecho a acceder a un plan básico de salud, en el marco del SDSS, que se garantizará en forma gradual y progresiva.⁵

Todas las personas comprendidas en los tres regímenes están afiliadas a una administradora de riesgo de salud (ARS). El usuario del régimen contributivo puede optar por los proveedores privados que le ofrece la ARS de su elección, en tanto el usuario del régimen subsidiado solo puede afiliarse a la ARS pública, denominada Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), y utilizar los servicios de la red pública de atención o los hospitales sin fines de lucro especializados que están comprendidos en ella. En caso de no existir servicios públicos de atención en la especialidad requerida, el SeNaSa contrata y paga la prestación en el sector privado.

En la actualidad, el SeNaSa ofrece la cobertura del Seguro Familiar de Salud para las personas mayores del régimen contributivo y del subsidiado. Según el análisis de UNFPA (2016), la protección financiera en salud para personas mayores ha tenido resultados positivos en la última década. Los datos de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para octubre de 2017 muestran que el porcentaje de personas afiliadas a un seguro de salud aumenta con la edad para ambos sexos. Las personas de mayor edad muestran niveles de afiliación más elevados, alcanzando el 80,9% en el caso de los hombres y 82,7% en el de las mujeres del grupo de 65 años y más, una diferencia considerable frente a los porcentajes observados en el grupo de 0-14 años. El alto nivel de afiliación que presentan las personas de 65 años y más refleja los esfuerzos estatales para integrar a la población mayor en el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa).

La información proporcionada por SeNaSa indica que para octubre del año 2017 había 472.485 personas con 65 años o más afiliadas por medio del régimen subsidiado, y 55.005 afiliadas por el régimen contributivo (citado en Panorama Estadístico, ONE, 2017). Aunque se carece de datos precisos, se estima que los pensionados del sistema contributivo están cubiertos por aseguradoras de salud privadas.

⁵ Se incluyen los siguientes servicios: promoción de la salud y medicina preventiva, atención primaria de salud, atención especializada y tratamientos complejos derivados desde la atención primaria, exámenes de diagnósticos, atención odontológica pediátrica y preventiva; fisioterapia y rehabilitación cuando sean prescritas por un médico especialista, y prestaciones complementarias (aparatos, prótesis médica y asistencia técnica a discapacitados).

2.1.2. El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE)

El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) fue organizado por la Ley 352 del año 1998 como el organismo responsable del diseño de las políticas nacionales en favor de las personas mayores de 65 años que requieran asistencia por su condición de discapacitado, viudo o desamparado, institucionalizado, prisionero, incurable, con trastornos mentales y, en general, toda persona mayor de esa edad que requiera algún tipo de asistencia y perciba un ingreso igual o menor a un salario mínimo.

La ley 352 del año 1998 fue reglamentada en el año 2004, mediante el Decreto 1372-04. El Reglamento de Aplicación reitera la consideración de los 65 años como umbral para el acceso a los servicios de protección, pero aclara que puede ser anterior si es que la persona experimenta deterioros de salud atribuibles al envejecimiento. El umbral de edad mínimo establecido para esos casos son los 60 años.

El artículo 4 del Decreto reglamentario estipula que el CONAPE es la entidad rectora en materia de envejecimiento en la República Dominicana. Otorga al CONAPE funciones de asistencia técnica y financiera, y supervisión “a todas las instituciones, establecimientos, asociaciones, centros, empresas y personas físicas que ofrezcan o brinden acogida, atención integral, general o especializada, en forma interna o ambulatoria, de servicio, asistencia y rehabilitación física, mental o social o de cualquier naturaleza o modalidad a las personas envejecientes”; así como “colaborar con el Consejo Nacional de la Seguridad Social y con otras instituciones del Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en lo relativo a la implementación del sistema de aplicación del régimen subsidiado de pensiones por vejez, servicios de salud y otros programas sociales”.

Recién en el año 2007 el CONAPE inició sus actividades.⁶ En la actualidad, el CONAPE quedó conformado como un organismo adscripto al Ministerio de Salud y Asistencia Social, que actúa como organismo oficial en materia de definición y ejecución de políticas nacionales sobre la población envejeciente, con competencia sobre instituciones públicas y privadas de atención a las personas mayores que tengan reconocimiento oficial (CONAPE, 2018).

El Departamento de Desarrollo Social de CONAPE está configurado por tres divisiones: a) División de Programas Sociales para Adultos Mayores, b) División de Servicios de Salud y c) División Cultura, Educación y Recreación.

⁶ Sin perjuicio de ello, cabe destacar que en el año 2015 se promulgó el Decreto 83-15 que introdujo cambios de importancia en sus incumbencias, ya que le transfirió las funciones, atribuciones, recursos humanos y bienes asignados de la Dirección de Protección a la Vejez que se desempeñaba en el ámbito Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

A partir de lo dispuesto por el referido Decreto, los miembros del CONAPE quedan comprendidos por representantes de los ministerios de Salud, Educación, Obras Públicas, Economía, Trabajo, del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, sociedades científicas, empresarias, universidad, organizaciones de la sociedad civil, la Iglesia Católica, así como de la población envejeciente.

2.1.3. Los programas de CONAPE

Los programas de CONAPE se enfocan a la población adulta mayor en condiciones de pobreza. Aunque no existe ningún programa que se enfoque explícitamente en la condición de dependencia funcional, se puede pensar que algunos programas, como TE AMA, al priorizar a los adultos mayores en condiciones de salud frágil, podrían estar cubriendo la dependencia, aunque sea parcialmente. Este y el resto de los programas se describen a continuación.

Programas de transferencias monetarias

Dentro del CONAPE, la División de Programas Sociales ejecuta los programas Mano Amiga del Presidente (MAPRE) que incluye, entre otras, ayuda alimentaria y entrega de medicamentos; el Programa de Protección al Envejeciente en Extrema Pobreza (PROVEE); las pensiones solidarias (régimen no contributivo, ver 2.1.1); los programas de transferencias económicas (TE AMA), así como los programas de medicina preventiva.

El programa PROVEE es un programa de transferencias monetarias de RD\$400 mensuales (USD\$9) destinado a hogares pobres beneficiarios del programa de transferencias Comer es Primero, que cuentan con personas mayores de 65 años que no reciben pensión ni trabajan. El objetivo es complementar el sustento alimenticio de las personas mayores, aunque no existe un control del uso de las transferencias.

La elegibilidad de los destinatarios del programa PROVEE, así como del resto de los programas focalizados de la República Dominicana, se determina a partir de los datos proporcionados por el Sistema Único de Beneficiarios de programas del Estado (SIUBEN). El SIUBEN aplica una encuesta socioeconómica y demográfica en hogares que permite calcular un índice de calidad de vida, y otorga puntajes y niveles de pobreza y vulnerabilidad. La cantidad de beneficiarios del programa PROVEE se estipula a partir de la partida presupuestaria que establece el Ministerio de Economía en cada año fiscal, por lo que se mantiene estable a lo largo del año calendario.

Debido a problemas de subregistro, el sistema de evaluación de la intervención pública (IPE) protocolizó un instrumento de diagnóstico bio, psico y socioeconómico que se releva en cada una de las personas mayores que solicitan apoyo al CONAPE. Operativamente, los procedimientos establecen que los datos de la persona mayor requirente se contrastan contra el padrón del SIUBEN. Si la persona mayor no está incluida en el SIUBEN, pero la visita domiciliaria efectuada por los técnicos de CONAPE acredita la necesidad de ayuda, se solicita al SIUBEN la inclusión de los datos en el padrón y la realización de la encuesta para completar la focalización y otorgar los beneficios.

En estos casos, el CONAPE adjudica el subsidio TE AMA. Este es un subsidio monetario mensual de RD\$600 (equivalentes a USD10,2), que se financia con fondos propios del organismo. El criterio de focalización de los subsidios TE AMA es la condición de pobreza o vulnerabilidad del adulto mayor, pero el CONAPE otorga prioridad a las personas envejecientes con problemas de salud o discapacidad en la adjudicación del beneficio. Es decir, se puede estimar, como mencionamos al principio de este apartado, que este subsidio cubre parcialmente la fragilidad y dependencia.

Respecto a las otras Divisiones del CONAPE, la División de Servicios de Salud ofrece atención geriátrica y gerontológica y asegura el acceso a la salud a personas mayores con enfermedades graves; y por su parte la División Cultura, Educación y Recreación desarrolla programas y actividades dirigidas a mejorar la calidad de vida y la integración social de las personas mayores. Además, ofrece asesoría legal.

Programas y servicios del CONAPE a las personas con dependencia que viven en la comunidad

El único programa del CONAPE expresamente dirigido a ofrecer cuidados de larga duración a personas mayores con dependencia que residen en la comunidad es el programa de Visitas Domiciliarias. En su página institucional, el organismo lo describe: *“Se trata de un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, que articula un conjunto de prestaciones que van desde la atención personal y doméstica hasta el apoyo psicosocial y familiar. Permite prolongar la permanencia en el lugar de las personas dependientes, y mantener su inserción en la comunidad y sus roles familiares y sociales”*. Fundado en este marco, el objetivo del programa es *“Erradicar la dependencia y mejorar la salud de nuestros adultos mayores que se encuentran en un estado de salud delicado en sus hogares”*. El programa se gestiona desde el departamento de Asistencia Social de la División Servicios de Salud. Según las estadísticas del primer trimestre de 2020, se realizaron 299 visitas entre los meses de enero y marzo. Las visitas domiciliarias forman parte del servicio de Atención Gerontológica que se presta en el referido departamento de Asistencia Social. El servicio de Atención Gerontológica está específicamente dirigido al cuidado de las personas mayores dependientes que necesitan algún tipo de ayuda para la realización de las actividades diarias. Hasta el momento de elaborarse este informe, la cobertura del programa es exigua.

Por otra parte, entre octubre y diciembre 2020 fueron atendidas 380 personas vulnerables en centros geriátricos del seguro de salud, se gestionaron seguros médicos a 639 personas mayores vulnerables, es decir, a algo más de 1.000 personas mayores en situación de pobreza. Asimismo, en ese período se entregaron 116 donaciones y 107 suplementos alimentarios, muchos de ellos a

instituciones subrogadas. La atención directa a la dependencia no es aún, desde el punto de vista cuantitativo, suficiente.

Los centros geriátricos subrogados por CONAPE

El Departamento de Supervisión y Evaluación de Centros Geriátricos del CONAPE tiene a su cargo la acreditación y evaluación de centros diurnos y centros permanentes para personas mayores. Si bien no menciona la situación de dependencia, la denominación de “centros geriátricos” hace referencia a necesidades de salud que limitan la vida independiente.

A partir de las reformas introducidas por el decreto 83-15 de 2015, el CONAPE es responsable de asegurar la atención de la salud de los usuarios y residentes, así como la provisión de insumos y medicamentos en los centros subrogados. Asimismo, es responsable de la supervisión de la calidad de sus instalaciones, las actividades de integración que desarrollan y de los registros médicos de la población ingresada, entre otras actividades de evaluación y supervisión. Los centros subrogados son un conjunto de instituciones de larga estadía y centros diurnos distribuidos en todo el territorio nacional, pertenecientes fundamentalmente a órdenes religiosas que desarrollan las tradicionales formas caritativas de atención asilar a personas envejecientes de extrema pobreza carentes de sostén familiar.

En mayo de 2020, los registros de CONAPE detallaban la existencia de 31 centros diurnos, que ofrecen 12 horas diarias de servicios para personas mayores que regresan a sus domicilios por la noche, y 34 centros permanentes, que ofrecen cuidado y alojamiento durante las 24 horas. Asimismo, integran el registro 66 fundaciones que prestan servicios a personas envejecientes, sin especificar el tipo de prestaciones que ofrecen, aunque en muchos casos mencionan centros diurnos. Si bien los centros están registrados como públicos, son dirigidos en su amplia mayoría por órdenes religiosas, aunque también existen organizaciones de la sociedad civil laicas.

Se trata de servicios dirigidos a población sin recursos o con recursos insuficientes, por los que el CONAPE pagaba en el año 2016, RD\$14.000 mensuales por persona, según nota publicada en el periódico *El Caribe* (Natalí Faxas, 16 de enero de 2016). La misma fuente menciona que en ese año residían en los centros públicos algo más de 1,100 personas mayores, muchos de ellos sin familias, o con familias residiendo en otras localidades, por lo que permanecían en camas hospitalarias sin poder efectivizar el alta médica hasta su traslado a los centros permanentes. Por su parte, a los centros diurnos, en ese año, según la misma nota, acudían alrededor de 2.400 personas mayores.

El CONAPE es, además, según sus normas fundacionales, responsable de completar los registros y regular el funcionamiento de todas las instituciones de ese tipo que operan en el territorio dominicano, sean de gestión estatal, para-

estatal o privadas, así como establecer los procedimientos y protocolos para su acreditación, habilitación y fiscalización. Sin embargo, la delegación de funciones operativas en los centros subrogados a partir del año 2015 demandó el máximo esfuerzo operativo de su estructura, por lo que este rol rector universal no se pudo ejercer hasta el momento.

Según informan los técnicos de CONAPE, en el plan estratégico 2021-2024 de ese organismo están incluidas las metas de revisión de las normativas que regulan los servicios para personas mayores en el país, tanto públicas como privadas, la elaboración de los protocolos de calidad y confección de registros. La tarea prevista abarca la elaboración de los marcos regulatorios enfocados en calidad de servicios y respeto de derechos. Las tareas se iniciarán en los establecimientos subrogados, con la capacitación y supervisión de las instituciones de larga estadía y centros diurnos en pos de modificar la actual cultura caritativa de directivos y personal de operaciones hacia la cultura de la calidad con enfoque de derechos.

2.2. Análisis de la cobertura de los servicios de CONAPE

Según un estudio de evaluación de los programas de CONAPE del 2017 (Velasco Castellón, 2017), la población objetivo definida por SIUBEN para el año 2016 alcanzaba 156.436 personas mayores pertenecientes a los estratos de pobreza extrema e indigencia. Las estadísticas del CONAPE a octubre de 2020 muestran que la cobertura de los programas de transferencias económicas alcanzaba a 87.667 personas (de las cuales, PROVEE cubre a 83.333, TE AMA a 3.288, y las pensiones solidarias a 1.046), equivalente al 56% de la población objetivo.

Sin embargo, según estimaciones de los técnicos de CONAPE, la población meta de las prestaciones CONAPE serían las personas mayores de 60 años con problemas de salud o las mayores de 65 años en buenas condiciones generales pertenecientes a los estratos de hogares ICV1, ICV2, ICV3 e ICV4,⁷ que alcanzaban 438.600 personas en la fecha de elaborarse este informe. La cobertura integral de esta población está planteada en el plan estratégico definido por la nueva gestión de gobierno para las próximas décadas. Por el momento, la cobertura efectiva de los programas dista de alcanzar ese objetivo.

En el caso de la transferencia TE AMA, única que indirectamente podría inferirse que cubre parcialmente a la población con dependencia funcional como ya se ha mencionado, la cobertura alcanzó 3.288 personas entre enero y diciembre de 2020. Esta cobertura es escasa si se tiene en cuenta que SIUBEN informa que el 50% de las personas mayores de 60 años incorporadas a su registro presenta algún tipo de discapacidad. Según el umbral de hogares pobres consignado por

⁷ El SIUBEN mide la pobreza a partir del Índice de Calidad de Vida, que genera que pondera información de 17 variables altamente correlacionadas con la calidad de vida de las familias. Los hogares se clasifican en cuatro categorías, siendo ICV1 los más vulnerables y ICV4 los menos vulnerables.

el informe de evaluación del CONAPE de 2017, la meta de cobertura debería alcanzar a 78.218 personas; sin embargo, el programa TE AMA solamente cubría el 4% de la población meta. Cabe destacar que si el criterio de adjudicación de subsidios PROVEE fuera similar al TE AMA, es decir, si también diera prioridad a las personas mayores pobres con problemas de salud, entre ambos programas de subsidios se estaría cubriendo el 100% de la población mayor con problemas de salud que viven en hogares ICV1 e ICV2, aunque con prestaciones económicas mínimas.

El Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2017-2020 propone ampliar la cobertura de hogares pobres que reciben transferencias y subsidios focalizados sobre la base del padrón de hogares categorizados en niveles de pobreza ICV1, ICV2, ICV3 e ICV4. Una de sus metas específicas es la “protección de adultos mayores en situación de vulnerabilidad”. El resultado esperado es que “los adultos mayores en situación de vulnerabilidad sean beneficiarios de programas de protección social” y su indicador será la “cobertura de adultos mayores beneficiarios de las políticas de protección social (%)” (MEPyD, 2019: 342). En términos más generales, el plan se plantea las metas genéricas de aumentar la cobertura de salud integral y mejorar la accesibilidad de los entornos físicos, ambas metas vinculadas a la dependencia, aunque no hagan referencia a focalización en adultos mayores con fragilidad y discapacidad.

Además de la cobertura, existen desafíos de focalización. En efecto, según el informe de evaluación de 2017, a pesar de la existencia de protocolos de focalización, los mismos no se aplican de forma estricta, “quedando aún un margen de discrecionalidad en el otorgamiento de beneficios” (Velasco Castillón, 2017: 41).

Tanto la información sociodemográfica analizada en la Sección 1, como los datos institucionales presentados en esta Sección, estarían indicando que la familia es la principal fuente de apoyo y soporte de las personas mayores dominicanas en situación de dependencia. Por una parte, hay evidencia estadística de que el padecimiento de limitaciones funcionales está asociado con los arreglos habitacionales de estas personas mayores: las personas con limitaciones residen en mayor proporción que quienes no padecen ninguna limitación en el seno de familias extensas, ampliadas.

Por otra parte, la estructura del mercado de trabajo condiciona la segmentación del sistema de seguridad social: solamente algo más del 20% de la población mayor de 65 años del país se incluye en el régimen contributivo de pensiones a la vejez, invalidez y sobrevivencia, según datos de la ENHOGAR 2018. La falta de cobertura de ingresos monetarios tras el cese laboral obliga a las personas mayores a retirarse más tardíamente del mercado de trabajo, pero en caso de limitaciones funcionales, la carencia de ingresos monetarios propios obliga a recurrir al apoyo familiar después del retiro del mercado laboral.

En este contexto general, ¿qué servicios de apoyo tienen disponibles las personas mayores con dependencia? Hasta el momento, las únicas alternativas

para la atención de la dependencia de las personas mayores en la República Dominicana son el esfuerzo familiar, sin recibir apoyos de servicios formales, y los denominados “hogares o residencias geriátricas” en caso de fallas en las redes familiares, una situación predominante en la actualidad en la mayor parte de los países latinoamericanos.

Sección 3. Oferta de servicios privados de atención a la dependencia

3.1. Servicios privados remunerados

La oferta de servicios privados para la atención de personas mayores con dependencia está en aumento, según ponen en evidencia investigaciones periódicas sobre el tema. En particular, la información se centra en el notorio aumento de residencias geriátricas de larga estadía. Como se verá en el siguiente punto, en general se trata de establecimientos orientados al mercado “premium” o de alta gama, debido al elevado costo mensual que demandan. En cambio, no hay información referida a la existencia de un mercado de este tipo de servicios para sectores sociales medios, no pobres. Como en otros países latinoamericanos, el mercado de los servicios de cuidado está polarizado entre la oferta pública dirigida las personas mayores pobres y sin familias, y la oferta privada focalizada en los estratos socioeconómicos altos.

3.1.1. Residencias geriátricas privadas

En los últimos años ha crecido la oferta de residencias geriátricas privadas de larga estadía. El CONAPE es el organismo rector en la materia y, por tanto, las normas indican que es quien ejerce la capacidad regulatoria sobre centros geriátricos, tanto de asistencia diurna como de residencia permanente. Sin embargo, informes periódicos sobre el tema resaltan que se carece de registros oficiales y se desconoce la cantidad de establecimientos de este tipo en el territorio dominicano, aunque se observa un crecimiento de esta oferta de servicios.

En una investigación periódica realizada para el periódico *Imprimir Noticias* (D. Pantaleón, 2017), se destaca la inexistencia de registros oficiales del CONAPE referidos a los centros geriátricos de gestión privada que existen en el país. En consecuencia, no se conoce la cantidad de centros privados que funcionan actualmente, aunque la periodista indica que la tasa de ocupación de las camas que se ofrecen es alta. Según las entrevistas realizadas en esa investigación, el costo mensual de los centros privados oscila entre los RD\$20.000 y los RD\$60.000 (USD370 y USD1.100), más medicamentos, alimentos y gastos.

El valor de la internación privada es elevado para la inmensa mayoría de las familias dominicanas. En la nota de referencia se relevaron testimonios de personas mayores dominicanas que emigraron a los Estados Unidos durante su vida económicamente activa y retornaron al país en su vejez, y fueron entrevistadas en calidad de usuarias de los centros geriátricos privados. Dado que las remesas de dinero enviadas por los emigrantes dominicanos desde el extranjero es el segundo rubro de ingresos del país, después del turismo, y que sus madres son las principales destinatarias según una investigación sobre el tema (Bonilla, 2015), es posible que en algunos casos el dinero remitido se dedique al pago de servicios privados de cuidados, por ejemplo, las cuotas de centros geriátricos privados.

Finalmente, se debe subrayar que tampoco se encontró información detallada respecto al cumplimiento de la función de control y supervisión del CONAPE sobre los centros de gestión privada.

3.1.2. Cuidados personales en domicilio de contratación privada

No hay información precisa acerca de servicios personales de contratación privada. Sin perjuicio de ello, la ENHOGAR 2013 indagó en su módulo sobre discapacidad acerca de las personas que prestan ayuda a los mayores que declaran dependencia en las actividades básicas de la vida diaria debido a limitaciones permanentes de dos tipos: a) motrices y sensoriales, b) cognitivas (intelectuales).

La encuesta pregunta acerca de la persona que le presta ayuda en actividades básicas que no puede realizar por sí mismo y ofrece opciones múltiples entre personas con distintos vínculos familiares. En las dos últimas opciones releva dos categorías no familiares: a) enfermeros/as, b) otros no familiares, aunque no se pregunta acerca del carácter remunerado o no de la ayuda recibida por parte de los no familiares. De todas formas, se puede asumir que una elevada proporción del apoyo no familiar es contratado o recibe algún tipo de remuneración, por lo que este dato se presenta como una estimación aproximada a la ayuda remunerada. En el caso de la enfermería, no cabe duda de que se trata de personal de salud contratado.

En la Tabla 10 se exhiben los porcentajes de personas que reportan recibir ayuda de no familiares para hacer frente a su dependencia en las actividades de la vida diaria, lo cual incluiría la proporcionada por amigos o vecinos, como por asistentes personales remunerados. La ayuda de no familiares es más elevada entre quienes poseen limitaciones de tipo cognitivo que en las de tipo motriz o sensorial. Las mujeres de edad extrema con limitaciones cognitivas son quienes reciben este tipo de ayuda en mayor porcentaje

Tabla 10. Porcentaje de personas mayores de 60 años que recibe ayuda de no familiares según sexo y tipo de limitaciones que ocasionan la dependencia (2013)

GRUPOS DE EDAD	Ayuda por limitaciones motrices y sensoriales			Ayuda por limitaciones intelectuales		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
60+	23,5	23,9	23,3	33,7	26,3	38,3
60 a 79 años	24,5	26,8	22,8	29,2	28,8	29,6
80 años y más	22,4	20,5	23,7	33,8	28,7	37,6

Nota: Una persona puede tener más de un tipo de limitación.

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos brutos de ENHOGAR 2013.

La contratación de enfermería es baja en todos los casos, llegando al 0,6% en el caso de las personas con limitaciones motrices y sensoriales y al 1,9% entre quienes tienen limitaciones de tipo cognitivo. Los varones reciben más cuidados de enfermería que las mujeres, y los mayores de 80 años más que las personas de edades más jóvenes. El aumento en las edades extremas es consistente con la prestación de cuidados complejos o paliativos hacia el final de la vida.

El conjunto de la información muestra que las personas mayores con dependencia ocasionada por limitaciones cognitivas, principalmente en las edades extremas, demandan mayor intensidad de cuidados formales no familiares en sus domicilios.

3.2. Cuidados a la dependencia no remunerados

Las familias son la principal fuente de apoyo para las personas mayores con limitaciones permanentes que originan dependencia en las actividades de la vida diaria. El módulo sobre discapacidad de la ENHOGAR 2013 ratifica el conjunto de la información hasta aquí analizada y permite conocer que son los hijos e hijas quienes con más frecuencia ofrecen cuidados a las personas mayores que requieren ayuda de terceros. La Tabla 11 muestra el porcentaje de personas de 60 años y más con dependencia por limitaciones motrices, sensoriales e intelectuales o cognitivas según el vínculo familiar de las personas que les proporcionan ayuda. Debe señalarse que la encuesta no indaga solamente acerca del principal cuidador, sino que toma en cuenta a todas las personas con vínculos familiares de las que se recibe apoyo. En consecuencia, es posible captar más de una marca respuesta positiva por persona con dependencia.

Tabla 11. Porcentaje de personas de 60 años y más que recibe ayuda de familiares según tipo dependencia motriz y cognitiva y sexo, por vínculo familiar del que ofrece cuidados (2013)

RELACIÓN DE PARENTESCO	Ayuda dependencia motriz			Ayuda dependencia intelectual		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Cónyuge	24,3	45,1	9,8	28,2	46,5	12,3
Hijos/as	72,1	65,1	77	67,4	60,7	73,3
Hermanos	8,3	10,6	8,1	12,9	16,9	9,5
Sobrinos	9,2	10,6	8,2	10,6	9,3	11,8
Otros familiares	44,3	35,2	50,6	40,7	39	42,2

Nota: Una persona puede tener más de un tipo de limitación y recibir cuidados por más de un familiar.

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos brutos de ENHOGAR 2013.

Casi la mitad de los hombres con dependencia reciben ayuda de sus cónyuges, en cambio es muy baja la proporción de mujeres apoyadas por sus esposos, la relación es consistente con la sobrevivencia diferencial de los sexos. Los/as hijos/as son los familiares más mencionados por hombres y mujeres mayores con dependencia. “Otros familiares” es también una categoría que reúne muchas frecuencias. En esta categoría se incluyen nueras, yernos, nietos, cuñados y cuñadas, es decir, el sostén de las personas mayores con dependencia se realiza en el marco de relaciones familiares extendidas, tal como se pone en evidencia en el análisis realizado precedentemente.

3.3. Necesidades de apoyo no satisfechas

Los esfuerzos familiares y la ayuda contratada de manera privada no son suficientes para que las personas con limitaciones permanentes de distinto tipo alcancen su completa integración social. Los datos proporcionados por el módulo sobre discapacidad de la ENHOGAR 2013 ponen de manifiesto significativas brechas en la satisfacción de las necesidades de participación e integración social y comunitaria de las personas mayores con limitaciones permanentes. Según la percepción de los entrevistados, la pérdida de capacidad funcional es la causa de que no puedan realizar actividades primordiales de interrelación con familiares y amigos, incluyendo hablar por teléfono o visitarlos, así como ver programas de televisión o películas (Tabla 12).

Tabla 12. Porcentaje de personas de 60 años y más con limitaciones permanentes según sexo por actividades que desearía realizar (2013)

Actividades que desearía hacer	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Hablar por teléfono con familiares y amigos	48,2	44,4	51,5
Visitar familiares y amigos	28,5	26,7	30,2
Ver programas de televisión o películas	20,5	20,9	20,1

Actividades que desearía hacer	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Ir de compras	18,8	15,5	21,7
Hacer manualidades o artesanías	8,9	5,6	11,7

Fuente: Elaboración de la autora sobre la base de datos brutos de ENHOGAR 2013.

La información disponible permite inferir que la falta de ayudas técnicas o de apoyo personal adecuadas, así como las barreras de los entornos, obstaculizan la relación con el medio y la participación social de las personas mayores con limitaciones motrices, sensoriales o cognitivas.

Sección 4. Análisis y perspectivas de la atención a la dependencia

En la República Dominicana actual, la vejez continúa siendo un asunto privado, cuyas contingencias se resuelven en las redes familiares de alimento y cuidado. A pesar de la amplia normativa y del andamiaje institucional establecidos hace ya dos décadas, la población de personas mayores dominicanas mantiene las condiciones de vida propias de las sociedades tradicionales, estructuralmente jóvenes, en las que las familias extensas tenían a su cargo la alimentación y el cuidado de sus miembros no productores.

El Estado se hace cargo de la atención de la dependencia en los casos de personas mayores en situación de pobreza extrema y sin familia capaz de ofrecer sostén. Las residencias geriátricas y los centros diurnos financiados por el CONAPE están destinadas a personas mayores sin familia que ocupan las camas de hospitales agudos y no pueden ser dados de alta por falta de un domicilio al que derivarlos. Los programas de subsidios de alrededor de USD4 y USD10 mensuales para fortalecer las familias en las que viven personas mayores con problemas de salud que no cobran jubilación o pensión, solamente cubren a la mitad de las personas envejecientes de los hogares ICV1 y ICV2, por lo que parece coincidir con las personas de los estratos ICV1 y ICV2 con discapacidades, según las estimaciones del SIUBEN. Asimismo, los montos que distribuyen los subsidios económicos son ínfimos. Otros programas de atención gerontológica, incluyendo asistentes geriátricas en domicilio, son de cobertura efectiva prácticamente inexistente.

La capacidad de comprar servicios privados de calidad es también limitada, debido a los altos niveles de pobreza entre la población adulta mayor del país. En este sentido, transcurridas ya dos décadas desde su instauración, el sistema de seguridad social dominicano muestra importantes lagunas de cobertura. Hasta el año 2020 la mayoría de la población envejeciente dominicana carece de cobertura efectiva de la seguridad social. Solamente el 20% de las personas mayores de 60 años recibe jubilación o pensión, y corresponden al régimen contributivo. Además, según estudios especializados, las prestaciones representan algo menos del 30% del salario activo. La cobertura previsional de

los regímenes contributivo subsidiado y subsidiado no se puso en marcha hasta el momento.

Solamente el sistema de salud, según los análisis realizados por diversos especialistas, se acerca al cumplimiento de la meta de cobertura universal. A través de la red de efectores públicos se ofrecen servicios a beneficiarios de los regímenes contributivo subsidiado y subsidiado, mientras que seguros privados a elección de los usuarios atienden a los beneficiarios del régimen contributivo.

Finalmente, hasta el momento el CONAPE no ejerce la rectoría y supervisión de los servicios públicos y privados dirigidos a la atención de las personas mayores, lo cual redunda en problemas de calidad de los servicios. No se han establecido normas de habilitación o acreditación de servicios para la atención de la dependencia, ni se ha elaborado un registro de instituciones habilitadas para tal fin en el territorio nacional. No existen registros oficiales de residencias geriátricas de larga estadía y centros diurnos privados, ni de la cantidad de personas mayores que allí residen o concurren, aunque el plan estratégico 2021-2024 incluye su puesta en marcha durante el próximo trienio.

Referencias bibliográficas

Berggren, R., Nilsson, J., Lövdén, M. 2018. "Education Does Not Affect Cognitive Decline in Aging: A Bayesian Assessment of the Association Between Education and Change in Cognitive Performance", *Frontiers in Psychology* (6 de julio): 1-9.

Bonilla, S. 2015. *Migración internacional, remesas e inclusión financiera. El caso de la República Dominicana*. México. Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos (CEMLA).

CEPAL. 2014. "Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe". Grupo de tareas sobre medición de la discapacidad. Conferencia Estadística de las Américas (CEA). Distr. limitada LC/L.3860(CE.13/3). (24 de julio de 2014). Original: español.

CONAPE. 2020. Estadísticas Institucionales Enero-marzo 2020.
https://www.conape.gob.do/transparencia/archivos.cfm?subseccion_id=40

CONAPE. 2020. Nómina de beneficiarios PROVEE.
<https://www.conape.gob.do/transparencia/beneficiarios/provee.cfm>

CONAPE. 2020. Nómina de beneficiarios TE AMA.
https://www.conape.gob.do/transparencia/beneficiarios/ayuda_economica.cfm

Cooper, R., Kuh, D., Cooper, C., Gale, C.R., Lawlor, D.A., Matthews, F. et al. 2011. "Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review". *Age Ageing*: 40 (1): 14-23.

Ebly, E.M., Parhad, I.M., Hogan, D.B., Fung, T.S. 1994. "Prevalence and types of dementia in the very old: results from the Canadian Study of Health and Aging". *Neurology* 44. Doi: 10.1212/wnl.44.9.1593

Frenk, J., Bobadilla, J.L., Sepúlveda, J. y López-Cervantes, M. 1989. "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care". *Health Policy & Planning*: 4(1): 29-39. Oxford University Press.

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J. y José, M. 1991. *La transición epidemiológica en América Latina*. Bol of Sanit Panam, 111 (6).

Goerlich, F. y Pinilla, R. 2009. *Esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y comunidad autónoma: 2004-2006. Working Paper*. Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. Valencia, España.

Gómez-Batiste, X., Martínez-Muñoz, M., Blay, C., Amblàs, J., Vila, L., Costa, X., Espauella, J., Espinosa, J. y Figuerola, M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO.

Institut Català d' Oncologia. <http://www.iconcologia.net> (último ingreso noviembre de 2017).

Günther, C.M., Bürger, A., Rickert, M., Crispin, A. y Schulz, C.U. 2008. "Grip Strength in Healthy Caucasian Adults: Reference Values". *J Hand Surg*: 33 (4): 558-65.

Hennessy, P. 1995. "Social protection for dependent elderly people: perspectives from a review of OECD countries: perspectives from a review of OECD countries". OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, N° 16, OECD Publishing.

Johnson, P. 2004. "Long term Historical Changes in the Status of Elders; the United Kingdom as an Exemplar of Advanced Industrial Economies" en *Living Longer. Ageing, Development and Social Protection* editado por Peter Lloyd Sherlock, 22-43. Londres: Zed Books.

Massa, C., 2009. *Efecto del envejecimiento sobre la estructura de la población e impacto de la migración en estos cambios*. Oficina Nacional de Estadística (ONE). Santo Domingo, República Dominicana.

Mejía Santana, J.C. 2019. *El descenso de la mortalidad y la prolongación de la duración de la vida*. Notas de población y desarrollo en la República Dominicana (2). Santo Domingo, República Dominicana.

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD). 2019. *Plan Nacional Plurianual del Sector Público 2017-2020*. Santo Domingo.
Oficina Nacional de Estadística. 2020. *República Dominicana: Defunciones ocurridas por año, según sexo y grupo de edad del fallecido, 2001-2018*. <https://www.one.gob.do/demograficas/estadisticas-vitales> (último ingreso 10 de junio 2020).

Oficina Nacional de Estadística, 2014. *Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples ENHOGAR-2013 Informe General*. Santo Domingo, República Dominicana.

Palloni, A. 1990. "The meaning of health transition" en *What we know about health transition. The cultural social and behavioural determinants of health*. editado por J. C., Caldwell, S., Findley, P., Caldwell, G., Santow, W., Cosford, J., Braid y D. Broers-Freemanet. Canberra: Australia National University.
Pan American Health Organization. 2017. *La salud en las Américas. Informe del país: República Dominicana*. Regional Office for the Americas of the World Health Organization. Washington, Estados Unidos.

Panorama Estadístico, 2017. *Panorama Estadístico AÑO 8, n.º 89. Boletín bimestral, septiembre-octubre 2017*. Departamento de Investigaciones. ONE. Santo Domingo.

Prognostic Indicators Paper. 2006. *Prognostic Indicators Guidance. The gold standards framework*. Version 2.25. 1-4. Londres:: Royal College of General Practitioners.

Redondo, N., Brenes Camacho, G., Agudelo Botero, M., Guidotti, C. Romero, D. y Sandoval, M. 2018. "La medición de la esperanza de vida libre de limitaciones cognitivas y la esperanza de vida con limitaciones cognitivas en América Latina." *Notas de Población* n° 106, enero-junio de 2018, 11-36. Santiago: Chile. CEPAL-CELADE

Redondo, N, Massa, C., Belliard, M., Williams, I, Jaroslavsky, C. 2016. *La esperanza de vida saludable en Argentina, 2010*. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, pp. 99.

Redondo, N., Díaz Fernández, M., Llorente Marrón, M., Garay, S., Guidotti González, C., Mendoza Villavicencio, L. 2015. "El espacio residencial del cuidado de los adultos mayores en América Latina y España". *Notas de Población* n° 100, enero-junio de 2015, 223-258. Santiago, Chile. CEPAL.

Sánchez del Corral Usaola, F. 2005. "Perfil de los pacientes susceptibles de atención domiciliaria" en *Guía de buena práctica en atención domiciliaria*, coordinadores Toquero de la Torre, F. y Zarco Rodríguez, J. 61-104. Madrid: Organización Médica Colegial.

SeNaSa, 2019. *Boletín Estadístico SeNaSa* enero-diciembre 2018. Departamento de Estadística e Investigación Gerencia de Planificación y Desarrollo. SeNaSa, Santo Domingo.

Spillman, B. 2004) Changes in Elderly Disabilities Rates and the Implications for Health Care Utilization and Cost in *Milbank Quarterly*. Vol 82, N° 1. 157-94. Estados Unidos

UN (United Nations), 1956. The Aging of Populations and its Economic and Social Implications. UN. Department of Economic and Social Affairs. Nueva York, Estados Unidos.

UNFPA, 2016. Envejecimiento demográfico: desafío al Sistema de Seguridad Social en República Dominicana. Editado por Pamela Suero y Rosa Matos.

Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S., y Pynoos, J. 2012. Aging in Place: Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come. *Journal of Aging Research* (ID 120952), 1-6. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/120952>

Velasco Castrillón, 2017. Evaluación de diseño y ejecución de presupuesto (EDEP) de: Consejo Nacional De La Persona Envejeciente (CONAPE). Informe final. Contrato de Servicios No. CII-Ci-130-2016. Gabinete de Coordinación de Política Social. Santo Domingo, República Dominicana.

Walker, A., 1990. "Poverty and Inequality in Old Age" en *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology* editado por Bond, J. y Coleman. 229-249. Londres: Sage Publications.

Wang, C.Y., Chen, L.Y. 2010. Grip strength in older adults: test-retest reliability and cutoff for subjective weakness of using the hands in heavy tasks. *Arch Phys Med Rehabil* 2010. 91 (11): 1747-51.

Wilson, R. S., Hebert, L.E, Scherr, P.A., Barnes, L.L, Mendes de León, C.F., y Evans, D.A. 2009. "Educational attainment and cognitive decline in old age" en *Neurology* 72.

Zahodne, L., Stern, Y.y Manly, J. 2015. "Differing effects of education on cognitive decline in diverse elders with low versus high educational attainment Differing effects of education on cognitive decline in diverse elders with low versus high educational attainment" en *Neuropsychology*. 29(4): 649–657. doi:10.1037/neu0000141.

Consultas en línea:

Faxas, N. C. *el Caribe*. “Asilos de ancianos, opción para los pobres y pudientes”, <https://www.elcaribe.com.do/2016/01/16/asilos-ancianos-opcion-para-los-pobres-pudientes/>

Health in the Americas. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/>

Pantaleón, D. y Domingo, S. *Listín Diario*. “Gerítricos privados: una opción que cuesta”, <https://listindiario.com/la-republica/2017/04/19/462350/print>

Presidencia de la República Dominicana. Sistema Único de Beneficiarios. “Infografía sobre las personas con discapacidad, según datos del Siuben”, <https://siuben.gob.do/publicaciones/infografia/> (último ingreso 25 de enero de 2021).

United Nations, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>

United Nations, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>

World Health Organization. “Ageing: Healthy ageing and functional ability”, <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

World Health Organization. “Age-friendly environments”, <https://www.who.int/ageing/age-friendly-environments/en/>

World Health Organization. “Life expectancy and Healthy life expectancy”, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>

World Health Organization. “Long-term-care systems”, <https://www.who.int/ageing/long-term-care/en/>