

Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe

Pablo Villalobos Dintrans
Déborah Oliveira
Marco Stampini

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-02556

Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe

Pablo Villalobos Dintrans
Déborah Oliveira
Marco Stampini

Septiembre 2022

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

Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe / Pablo Villalobos Dintrans, Déborah Oliveira, Marco Stampini.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2556)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Employees-Supply and demand-Latin America. 2. Continuum of care-Employees-Supply and demand-Latin America. 3. Human capital-Latin America. I. Oliveira, Déborah. II. Stampini, Marco. III. Banco Interamericano de Desarrollo. Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

IDB-TN-2556

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2022 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

Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe

Pablo Villalobos Dintransiⁱ, Déborah Oliveiraⁱⁱ, Marco Stampiniⁱⁱⁱ

Resumen

El acelerado proceso de envejecimiento poblacional que experimenta América Latina y el Caribe implicará un aumento en el número de personas mayores con dependencia de cuidados. En este contexto, uno de los desafíos que enfrentarán los países de la región es la disponibilidad de recursos humanos para entregar servicios de cuidados.

En este estudio estimamos, por primera vez, las necesidades de recursos humanos que entrañará el cuidado de personas mayores con dependencia en los países de la región en los años 2020, 2035 y 2050. Basamos la estimación en un modelo de prestación de servicios que incluye —utilizando estándares de distintos países— cuidados domiciliarios, cuidados institucionales y servicios de rehabilitación.

Calculamos que, en 2020, la región requiere cerca de 5 millones de personas dedicadas al cuidado (sin considerar cuidadores informales/ familiares/ no remunerados). Esta cifra aumenta a casi 9 millones para 2035 y a más de 14 millones en 2050. Por su parte, la necesidad de profesionales de rehabilitación se incrementa de 2 millones en 2020 a más de 6 millones en 2050. Incluso en los países que tienen los sistemas de cuidados más avanzados, existen importantes brechas en el número de profesionales de cuidados actualmente disponibles, así como en materia de competencias y capacitación.

Palabras clave: recursos humanos; dependencia; cuidados; personas mayores; empleos; América Latina y el Caribe.

Clasificación JEL: H4; I18; J2.

ⁱ Consultor en materias de políticas y salud pública.

ⁱⁱ División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
Email: pwillalobos.d@gmail.com, deborahd@iadb.org; mstampini@iadb.org

¹ Se agradece el apoyo de la cooperación técnica RG-T3839 del BID, así como los comentarios de René Guzmán, Natalia Aranco y Pablo Ibararán. Alejandra Adoum se encargó de la edición profesional del documento. Cualquier error que se hubiere deslizado es solo nuestro. El contenido y los hallazgos de este trabajo reflejan las opiniones de los autores y no necesariamente las del BID, de su Directorio Ejecutivo, ni de los países a los que representa.

1. Introducción

América Latina y el Caribe se encuentra en un proceso de acelerado envejecimiento poblacional, que se prevé que continúe durante las próximas décadas. Por ejemplo, las personas mayores pasarán de ser un 9% de la población en 2020 a 12% en 2030 y 19% en 2050. Para 2100, la región será la más envejecida del planeta, sobre la base del porcentaje de personas mayores de 65 años (United Nations, 2019).

Entre los múltiples desafíos asociados a este cambio demográfico, uno de los principales se refiere al aumento en las necesidades de cuidados de larga duración (o de largo plazo). Se definen esos cuidados como “actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana” (OMS, 2015, p. 36). La dependencia de cuidados “ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria sin ayuda” (OMS, 2015, p. 247). Estas demandas se han incrementado con la llegada del COVID-19, que ha acentuado la llamada crisis de los cuidados, poniendo nuevamente de relieve el imperativo de avanzar hacia la implementación de sistemas de cuidado (OECD, 2020a; WHO, 2020a; 2020b; UN Women y ECLAC, 2021; Bango y Cossani, 2021).

Considerando el incremento de las necesidades de cuidados de largo plazo a nivel global y la contracción de la oferta de cuidados brindadas tradicionalmente por las familias, varios países han empezado a implementar sistemas de cuidados (OMS, 2015; Cafagna et al., 2019; WHO, 2021; Villalobos Dintrans et al., 2021; Aranco et al., 2022a). En América Latina y el Caribe el tema ha cobrado fuerza a partir de movimientos que buscan enfatizar la existencia de inequidades de género en la región. La dimensión de género se encuentra muy presente en la discusión de cuidados ya que las mujeres soportan una carga mayor relacionada a la pérdida de funcionalidad, tanto porque exhiben una mayor prevalencia de dependencia funcional — dependencia de cuidados, en este documento— como porque ellas son mayoritariamente las proveedoras de servicios de cuidados en todos los países del mundo (Colombo et al., 2011; UN Women y ECLAC, 2021; Stampini et al., 2020; Stampini et al., 2022).

Un elemento clave para la implementación de sistemas de cuidados sustentables, equitativos, y de calidad es la disponibilidad de recursos humanos (Harwood et al., 2004; OMS, 2015; Villalobos Dintrans et al., 2021). Un obstáculo importante para avanzar en esta dimensión es la falta de información sobre las necesidades de cuidados y los recursos para abordarlas. Algunos estudios recientes han empezado a estimar el número de personas mayores con dependencia en los países de la región (Aranco et al., 2018; Aranco et al. 2022b). La estimación de demanda por servicios de cuidados es importante *per se*, ya que permite dimensionar la magnitud y las características del problema de política pública en los distintos países. Por otra parte, es un insumo clave para poder estimar los requerimientos de recursos humanos para la oferta de servicios (Scheil-Adlung, 2015; Villalobos Dintrans, 2018; 2020). Un informe de la Organización Internacional del Trabajo publicado en 2015 muestra que la mayoría de los países de la región no cuentan con datos respecto de los recursos humanos para el cuidado y, aquellos con información, exhiben un importante déficit de cobertura (Scheil-Adlung, 2015).

El objetivo de este estudio es estimar la necesidad de recursos humanos para la atención de personas mayores con dependencia de cuidados en los distintos países de América Latina y el Caribe, en la actualidad y proyectando estas cifras hasta el año 2050. De esta manera, este es el primer estudio que cuantifica el potencial de generación de empleo del sector en los países de

la región y al mismo tiempo representa un insumo importante para la elaboración de políticas de recursos humanos del sector.

El resto del documento se organiza de la siguiente forma. La sección 2 muestra las estimaciones de personas con dependencia para los distintos países de la región. En la sección 3 se presentan distintos esquemas de cuidados, junto con sus requerimientos de recursos humanos por cada usuario. La sección 4 contiene las estimaciones de requerimientos de recursos humanos en los países de la región en los años 2020, 2035 y 2050. La sección 5 aborda distintas brechas de recursos humanos existentes en los países, enfocándose tanto en la disponibilidad de recursos humanos en cada país, como en los perfiles y competencias requeridos para ejercer estas labores. Finalmente, en la sección 6 se exponen algunas limitaciones del estudio y se presentan líneas de trabajo y desafíos por desarrollarse en los próximos años.

2. Número de personas que necesitan de cuidados de larga duración

Actualmente, en los países de América Latina y el Caribe, en promedio el 14,3 % de la población mayor de 65 años presenta alguna dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria y puede consecuentemente requerir del cuidado y apoyo de otros (Aranco et al., 2022b). Esta prevalencia corresponde a 7,8 millones de personas mayores que constituyen el grupo de interés de nuestro análisis: personas de 65 años y más con dependencia de cuidados, definida esta como dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria sin ayuda de un tercero (Tabla 1)².

Usando el cambio en la composición por edad de la población mayor, Aranco et al. (2022b) estiman que la prevalencia de la dependencia aumentará a 15,7% en 2050, correspondiente a 22,8 millones de personas mayores que demandarán servicios de cuidados (Tabla 1). El aumento en la prevalencia a lo largo del tiempo se debe al aumento de la proporción de personas con edades muy avanzadas (por ejemplo, mayores de 80 años) dentro de la población de personas mayores. Conjuntamente con el aumento del tamaño de la población mayor (de 55,9 millones en 2020 a 140,2 millones en 2050), esta tendencia determina un aumento exponencial en la demanda por servicios de cuidados.

² En este documento, utilizamos el término dependencia para indicar que una persona tiene dependencia de cuidados. El término dependencia se utiliza en otros contextos para describir otro tipo de situaciones, por ejemplo dependencia financiera, sin embargo esto está fuera del alcance de este documento. Nuestras estimaciones sobre el número de personas mayores con dependencia de cuidado consideran un umbral relativamente severo, específicamente se define como dependientes de cuidado a personas con dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas de la vida diaria. Si se utiliza un umbral menos severo (por ejemplo, si se considera la dificultad para realizar actividades instrumentales) el número estimado de personas en situación de dependencia de cuidados sería mucho mayor y por ende la necesidad de recursos humanos para realizar tareas de cuidado aumentaría considerablemente.

Tabla 1**Número de personas mayores de 65 años con dependencia de cuidados en los países de América Latina y el Caribe, 2020-2050**

País	2020	2035	2050
Argentina	398.809	563.674	806.605
Bahamas	4.606	9.047	13.769
Barbados	8.359	12.306	15.197
Belice	3.219	6.514	12.238
Bolivia	125.160	201.215	303.937
Brasil	2.131.502	3.994.219	6.434.345
Chile	282.587	493.819	770.641
Colombia	625.305	1.198.328	1.981.689
Costa Rica	85.451	165.173	255.570
Ecuador	206.329	382.908	641.849
El Salvador	29.728	45.948	69.127
Guatemala	146.134	257.021	485.884
Guyana	8.329	15.289	20.983
Haití	83.649	129.972	210.500
Honduras	81.266	156.001	299.808
Jamaica	44.912	67.725	94.868
México	2.471.381	4.386.298	7.276.866
Nicaragua	58.109	110.358	206.397
Panamá	62.688	116.858	193.566
Paraguay	28.643	49.011	74.502
Perú	404.409	719.224	1.193.372
República Dominicana	90.273	161.264	259.291
Uruguay	50.038	61.539	77.277
Surinam	7.556	12.853	18.586
Trinidad and Tobago	27.410	43.356	57.508
Venezuela	378.998	676.618	1.023.723
REGIÓN	7.844.850	14.036.538	22.798.098

Fuente: Aranco et al. (2022b).

3. Esquemas de cuidados de larga duración y perfiles de recursos humanos

Una vez estimado el número de personas mayores con dependencia de cuidados en los países de la región, el siguiente paso para cuantificar los requerimientos de recursos humanos es establecer cuál es el estándar de atención para cubrir las necesidades existentes. Se observa que no existen los mismos esquemas de cuidados disponibles, ni la misma distribución de la población en estos esquemas (por ejemplo, uso de cuidados domiciliarios, institucionales u otros esquemas), ni los mismos requerimientos de personal para brindar servicios de cuidado. En esta sección proponemos un estándar basado en la información disponible de diversos países, que considera los requerimientos para proporcionar servicios adecuados de cuidados bajo distintos esquemas, reconociendo que muchas veces el servicio ideal (tanto en término de coberturas como de estándares de calidad) no es factible debido a restricciones presupuestarias de los países y las familias (Fabiani et al., 2022). Si bien la propuesta no necesariamente se ajusta a los requerimientos particulares de cada país, debe ser considerada como un ejercicio que permite una estimación preliminar, útil para tener un orden de magnitud en un contexto de escasez de información.

3.1 Esquemas de cuidados y distribución de población

Consideramos distintos esquemas de cuidados —implementados en la región y en el mundo— que podrían coexistir al interior de un sistema, comprendiendo tanto los cuidados domiciliarios, la atención institucional y los servicios de rehabilitación (Borrayo et al., 2002; Colombo et al., 2011; Villalobos Dintrans et al., 2020). La experiencia en diversos países muestra que parte de los servicios domiciliarios pueden ser cubiertos con servicios de telecuidados o teleasistencia (Benedetti et al., 2022)³. Sin embargo, este estudio se enfoca en la provisión de servicios presenciales, por considerarse que estos representan la base de un sistema, dada la existencia de brechas de acceso a tecnología en muchos países de la región (OECD, 2020; Dress-Gross y Zhang, 2021). De modo similar, aun si reconocemos el rol importante de los centros de día, no los consideramos en nuestras estimaciones porque habitualmente estos centros brindan servicios tanto a personas con dependencia leve como a la población sin dependencia. En contraste, el foco de nuestro estudio está en la población que presenta limitaciones para el desarrollo de actividades de la vida diaria. En consecuencia, nuestras estimaciones subestiman las necesidades de recursos humanos para el cuidado en países que implementan esquemas de teleasistencia y centros de día.

Para efectos de este estudio, consideramos que la atención domiciliaria e institucional son alternativas no combinables entre ellas. La atención domiciliaria implica que la persona con dependencia pernocta en su hogar, lugar en el que recibe servicios de cuidados. En el caso de la atención institucional, la persona vive en una residencia distinta de su hogar (que comparte con otras personas en condición similar), cuyo fin es justamente acoger a personas con necesidades de cuidado, brindándoles estos servicios junto con otros (por ejemplo, techo y comida).

Respecto de la relación entre dependencia y esquemas de cuidados, existe una percepción de que el uso de servicios domiciliarios disminuye con el nivel de dependencia, mientras que el uso de servicios institucionales aumenta. Sin embargo, esta relación no es una regularidad empírica ni necesariamente un objetivo de la política pública. Esta simplificación ignora factores como las preferencias individuales de cada persona (cómo quiero ser cuidado), sus valores y cultura, sus condiciones de vida (acceso a vivienda, redes familiares y condiciones financieras) y otros, según el contexto de cada país (Guo et al., 2015; Hajek et al., 2017; Lehnert et al., 2018). Con la provisión oportuna de servicios, es posible envejecer en la casa también con altos niveles de dependencia de cuidados.

Además, independientemente del porcentaje de personas con dependencia de cuidados que viven en residencias para personas mayores, los países podrían tener una meta de uso de tales servicios que difiere de la situación actual. Datos de la OCDE muestran que, en promedio, cerca del 70% de quienes reciben cuidados (domiciliarios o institucionales) lo hace en un esquema de

³ Los servicios de teleasistencia pueden ser implementados como sustitutos o complementos de servicios presenciales. La teleasistencia puede ser reactiva (para respuesta inmediata a situaciones de emergencia, utilizando dispositivos como pulsadores), proactiva (para prevenir situaciones críticas usando, por ejemplo, recordatorios para ingesta de medicamentos o hidratación en los días calurosos, o videoconferencias para mantener contacto con profesionales), personalizada (para prevenir o detectar situaciones que comprometen la seguridad o salud de los usuarios y mejorar el servicio, como sistemas de monitoreo de signos vitales y consejería a para pacientes con enfermedades crónicas) o predictiva (para detectar posibles riesgos, a través de la utilización de sensores y otros dispositivos que acumulan información sobre los procesos rutinarios de los usuarios, y actuar para evitar situaciones de emergencia) (Benedetti et al., 2022). Con el uso de la teleasistencia podrían incrementarse los rendimientos de los distintos profesionales en la provisión de servicios, por ejemplo, al ahorrar en tiempos de transporte. Por supuesto, los servicios remotos de teleasistencia requieren de inversión en otros recursos (equipamiento, capacitación) y están limitados en su alcance ya que hay actividades que requieren presencialidad, como servicios relacionados con la ayuda mediante actividades básicas de la vida diaria.

cuidados domiciliarios; esta cifra llega al 95% en países como Chile, Israel y Grecia (OECD, 2022). Además, en muchos sistemas de cuidados existe una tendencia mundial a incrementar el porcentaje de población que recibe cuidados domiciliarios, buscando reducir el uso de servicios residenciales a fines de proporcionar el envejecimiento en el lugar de preferencia de las personas mayores que, en su mayoría, prefieren vivir en sus casas, cerca de sus familias y amigos (Colombo et al., 2011; Swartz, 2013; Villalobos Dintrans, 2020; Aranco e Ibararán, 2020). En Alemania, Italia, Portugal, Hungría, Suecia, Suiza y Estados Unidos, el porcentaje de personas en cuidados domiciliarios se ha incrementado más de 10 puntos porcentuales entre 2005 y 2020 (OECD, 2022).

Por último, los servicios de rehabilitación se asumen como complementarios, esto es, pueden ser usados por personas que reciben tanto cuidados domiciliarios como institucionales. Incluyen servicios de distintos profesionales, según las necesidades de rehabilitación de cada persona. Existen importantes necesidades no cubiertas en esta área. A nivel mundial, 2,41 billones de personas viven en condiciones de salud que se beneficiarían de la rehabilitación. Las necesidades de rehabilitación no cubiertas producen 310 millones de años perdidos por discapacidad (Cieza et al., 2021; OMS, 2022).

En este estudio asumimos que el 5% de las personas con dificultad en al menos una actividad básica de la vida diaria utiliza el esquema de cuidados residenciales, el 95% los de atención domiciliaria, y el 100% recibe servicios de rehabilitación de algún tipo. Aunque arbitraria, esta distribución de esquemas de cuidados parece razonable si se toma en consideración el contexto cultural de la región, así como una población que envejece y donde se espera un aumento en la cantidad y severidad de la dependencia (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009; Colacce y Manzi, 2017; Villalobos Dintrans, 2019a)⁴. Como se resaltó anteriormente, estas son decisiones metodológicas necesarias para llevar a cabo las estimaciones, pero pueden ser modificadas para considerar distintos modelos y distribución de la población en servicios de cuidados.

3.2 Estimación de horas de recursos humanos para los cuidados en distintos esquemas

El paso siguiente en la construcción de los esquemas de atención es establecer el número de horas de atención por cada persona con dependencia de cuidados. Diversos profesionales, como los médicos, las enfermeras o los trabajadores sociales pueden asumir funciones clave dentro del sistema aparte de la provisión de cuidados: planificación de altas médicas, función de enlace/referencia, cuidados paliativos, cuidados de fin de vida, rehabilitación, atención de demencia, gestión de casos y de atención, entre otras. Para efectos de este estudio, se asume un modelo que provee servicios de cuidados a través de un equipo multidisciplinario. A fin de facilitar el análisis y la comparación entre países, el estudio delimita los perfiles de recursos humanos para el cuidado a los siguientes grupos: cuidadores(as)⁵, ayudantes de enfermería, enfermeros(as) y

⁴ En un reciente estudio, Fabiani et al. (2022) estiman que el costo de un sistema de servicios con cobertura del 100% de la población mayor con dependencia representa en promedio 1,21% del PIB de los países de la región, en un escenario donde el 75% de los usuarios reciben 40 horas semanales de cuidado domiciliario (y el restante 25% reciben atención residencial [5%], en centros de día [10%] o teleasistencia [10%]). Considerando que en nuestro estudio los usuarios del cuidado domiciliario reciben 15 horas de servicios por semana, podemos calcular que en los países de la región el costo del sistema propuesto (excluyendo la rehabilitación) representaría, en promedio, aproximadamente el 0,5% del PIB.

⁵ De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (2015), se entiende por cuidador(a) a la persona que atiende y apoya a otra persona, apoyo que incluye: prestar ayuda en el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes; ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de los cuidados; ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro; y participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca. Los cuidadores pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud. En este documento consideramos dos grandes grupos de cuidadores(as): familiares/ informales/ no remunerados y formal/ remunerado/ de respiro.

médicos(as) para brindar servicios de cuidados domiciliarios o institucionales. A estos se agregan terapeutas ocupacionales, nutricionistas y fonoaudiólogos(as) para los servicios de rehabilitación. La Tabla 2 provee información sobre sus roles.

Asimismo, el análisis considera la necesidad de un rol que, si bien no presta directamente servicios de cuidados, es imperioso para su provisión, tanto en el esquema de cuidados domiciliarios como institucionales: el coordinador de cuidados. Este actor cumple la función de gestionar y coordinar los servicios del equipo. En el caso de los cuidados domiciliarios, se espera que, en el contexto de un sistema formal de cuidados, el coordinador sea el responsable de la gestión de los cuidados prestados a las personas residentes en una determinada área geográfica; en el caso de los cuidados institucionales, este rol debería ser asumido por el director de cada centro o residencia.

Tabla 2

Funciones comúnmente desempeñadas por distintos profesionales involucrados en la prestación de servicios de cuidados de largo plazo

Tipo de profesional	Rol y características
Cuidador(a) informal/ familiar/ no remunerado	Individuos que ofrecen atención no remunerada a miembros de su familia o comunidad. Pueden prestar atención regular, ocasional o de rutina, o participar en la organización de la atención brindada por otros.
Cuidador(a) formal/ remunerado/ de respiro	Personas capacitadas para realizar tareas de la vida diaria, como alimentación, higiene, actividades sociales, actividades de limpieza, cocina, compras, lavandería y transporte. Las tareas también pueden incluir tomar los signos vitales (como la frecuencia cardíaca o la presión arterial) o aplicar un "vendaje seco" para ciertos tipos de heridas, bajo la supervisión de un trabajador de salud calificado. Los cuidadores de respiro pueden proporcionar todas estas actividades, pero solo por un período de tiempo suficiente para permitir que el miembro de la familia tenga un descanso de las actividades de cuidado.
Profesional de salud: ayudante de enfermería	Ayudan a las enfermeras(os) y los otros profesionales del cuidado con la recopilación de datos, la prestación de atención y el seguimiento de las condiciones de la persona mayor. A menudo tienen licencia para administrar medicamentos y tratamientos, transcribir prescripciones médicas, etc. Es común encontrar asistentes de enfermería que trabajan como cuidadores formales en el hogar o en centros residenciales.
Profesional de salud: enfermería	Responsables del desarrollo y la entrega de planes de atención holísticos centrados en la persona en colaboración con los demás profesionales del equipo para garantizar que la persona mayor reciba una atención continua integrada. También suelen ser responsables de coordinar la atención prescrita/recibida y de supervisar a los cuidadores remunerados y auxiliares de enfermería. Algunas enfermeras están registradas con educación y capacitación especializada más allá del nivel de pregrado básico, como enfermera profesional, enfermera profesional avanzada, especialista en enfermería clínica, enfermera comunitaria.
Profesional de salud: medicina	Son los responsables de evaluar, gestionar, tratar y rehabilitar las necesidades de atención de la salud de la persona mayor (y/o delegar algunas de estas tareas), tanto por vía farmacológica como no farmacológica, dentro de un continuo de atención que va desde la prevención de la pérdida funcional hasta la optimización y restauración de la capacidad funcional.
Profesional de salud: terapia ocupacional	Su función es ayudar a las personas a superar los efectos psicológicos, físicos y sociales de la disminución de capacidad intrínseca para poder realizar tareas u actividades cotidianas, ya sean físicas, psicológicas, sociales y ambientales. Lo hacen, por ejemplo, a través de la implementación de tecnología de asistencia, adaptaciones en el hogar y otras estrategias.
Profesional de salud: nutrición	Ayudan a individuos o grupos a tomar las decisiones correctas sobre lo que comen para mantenerse saludables y/o recuperarse de cualquier problema de salud. Pueden realizar evaluaciones y seguimientos nutricionales, así como crear y ayudar con planes nutricionales personalizados.
Profesional de salud: fonoaudiología	Su función consiste en evaluar e implementar intervenciones para mejorar o mantener la comunicación funcional y la deglución segura.

Fuente: OECD (2015); WHO (2020b, 2021); AARP (2021); Pioneer Network (2016).

Para el cálculo de las horas semanales necesarias por cada tipo de profesional, se tomó como base los requerimientos —cuando estuvieran disponibles, y definidos en distintos países— de provisión de servicios a personas con dependencia funcional severa. Para el caso del cuidado institucional (en residencias), se utilizaron diversos estándares disponibles en la literatura y en documentos operativos existentes (Fernández, 2000; Alcaldía de Medellín, 2004; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2007; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2010; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2011; Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, 2012; American Nurses Association, 2014; Roqué et al., 2015; Ferreira Roquete et al., 2017; Harrington et al., 2020; Perkins, 2022). En general, los documentos analizados coinciden en una serie de perfiles necesarios en estos servicios: cuidadores(as) formales, ayudantes de enfermería, enfermeros(as), médicos(as) y un gestor del centro⁶. Los estándares respecto de la cantidad de recursos humanos requeridos para el cuidado varían según el número de personas en cada residencia; a efectos de comparación, fueron ajustados para expresar el número de horas promedio requerido por un residente (persona mayor con dependencia de cuidados) a la semana.

Para la atención residencial, los estándares se refieren en su mayoría a números mínimos de profesionales y horas para una residencia, por lo que estos debieron ser convertidos para reflejar el requerimiento de horas promedio a la semana para cada residente. Con estos estándares, el modelo propone la presencia de un auxiliar de enfermería que brinda, en promedio, 10 horas de atención semanales a cada residente. Este requerimiento es de 4 horas a la semana para profesionales de enfermería. Para los cuidadores, se asume la necesidad de un cuidador a tiempo completo (24 horas, 7 días) disponible en la residencia por cada 7 residentes aproximadamente. Adicionalmente, se asume que los familiares dedican 3 horas semanales de cuidado, tiempo importante de considerar incluso en el esquema de atención en residencias. Finalmente asumimos que el gestor del centro debe dedicar al menos cuatro horas semanales para un centro de 20 residentes (el valor establecido en Chile).

En el caso de la atención domiciliaria, considerando diversas fuentes asumimos inicialmente que un cuidador informal/ familiar/ no remunerado provee 40 horas semanales de servicios (LaPlante et al., 2002; Federal Ministry of Health, 2009; Family Caregiving Alliance, 2016; MIT AgeLab, 2021)⁷; en el caso sin sistema de cuidados, el 100% de estas 40 horas serían provistas por el cuidador informal/ familiar. La puesta en marcha de un sistema permite redistribuir estas horas. Para fines de este análisis, consideramos que el sistema ofrece 15 horas de servicios por semana: 4 por parte de un cuidador formal/ remunerado/ de respiro, 7,5 de un ayudante de enfermería, 3 de una enfermera y 0,5 de una médica (Tabla 3). El esquema propuesto reduce la participación del cuidador informal en la carga de cuidados de 100% a 62,5% (25/40). De esta manera, aproxima la distribución 70-20-10 entre cuidador (informal/ familiar/ no remunerado), ayudante de enfermería y enfermera propuesta por Matus-López y Cid Pedraza (2014). Si bien es posible pensar en otras combinaciones en donde el sistema permita disminuir aún más la carga sobre los cuidadores familiares, es importante resaltar la contribución del sistema de cuidados a la disminución de este peso. Igualmente, es importante reconocer y hacer explícito que, aun en países con sistemas de cuidados de largo plazo formales, parte importante de los

⁶ También existen otros roles que estas residencias deben cubrir y que se incluyen en algunos estándares, como personal para entretenimiento de los residentes, servicio de alimentación y personal de aseo. Para efectos de esta estimación, se incluyen solo aquellos roles vinculados directamente con labores de cuidados más el coordinador de cuidados.

⁷ Es importante notar que esta estimación de 40 horas semanales de cuidados considera las horas dedicadas a la prestación de servicios directos de cuidados, no las horas disponibles para cuidados. En el caso de los cuidadores informales/ familiares/ no remunerados, usualmente estos están disponibles en un esquema 24/7, en el cual proveen tanto servicios de cuidados como supervisión (por ejemplo, ante alguna emergencia o necesidad de la persona con dependencia). Esto implicaría un total de 168 horas a la semana (24/7).

servicios de cuidados siguen siendo provistos por cuidadores informales/ familiares (Colombo et al., 2011; Rodrigues et al., 2013). Finalmente, consideramos que la gestión integrada de recursos humanos y servicios requeriría de un coordinador de cuidados, que trabaja una jornada completa (45 horas semanales) para coordinar los servicios utilizados por 100 familias.

De esta manera, y asumiendo la provisión de cuidados domiciliarios dentro de un sistema de cuidados, los servicios brindados por ambos esquemas —cuidado domiciliario y cuidado institucional— no difieren en términos de horas de servicio de los recursos humanos para el cuidado (Tabla 3).

Tabla 3

Horas semanales por tipo de personal, en atención domiciliaria o institucional

Modelo de atención		Atención domiciliaria		Atención institucional	
		Horas semanales por persona	%	Horas semanales por persona	%
i.	Cuidador(a) informal/ familiar/ no remunerado	25	61,8%	3,0	7,3%
ii.	Cuidador formal/ remunerado/ de respiro	4,0	9,9%	22,0	53,7%
iii.	Profesional de salud: ayudante de enfermería	7,5	18,5%	10,0	24,4%
iv.	Profesional de salud: enfermería	3,0	7,4%	4,0	9,8%
v.	Profesional de salud: medicina	0,5	1,2%	1,0	2,4%
vi.	Coordinador(a) de cuidados/ director(a) del centro	0,5	1,2%	1,0	2,4%
Total de horas de servicios de cuidado directo (sin incluir coordinador)		40	98,8%	40	98,0%
TOTAL		40,5	100,0%	41,0	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En el caso de la rehabilitación, se utilizó una propuesta para la estandarización de servicios que han de ser provistos por distintos profesionales de salud a personas mayores con dependencia severa que residen en establecimientos de larga estadía en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2022). La propuesta incluye tanto la duración (resultado de la multiplicación del número de sesiones por la duración de cada sesión) como la cobertura esperada por cada tipo de servicio (Tabla 4). Incluye prestaciones universales (enfermería, ayudante de enfermería, nutrición y medicina) y otras más focalizadas (kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología). Asimismo, se proponen servicios de alta intensidad (por ejemplo, los provistos por ayudantes de enfermería y kinesiólogos) y otros entregados en menor intensidad (como las horas de médicos y nutricionistas).

Tabla 4
Estimación de horas semanales por tipo de personal de rehabilitación

Tipo de profesional	Cobertura	Número de sesiones mensuales	Duración sesión (minutos)	Horas semanales por persona que recibe el servicio
Profesional de salud: kinesiología	80%	8	45	1,5
Profesional de salud: terapia ocupacional	40%	2	45	0,375
Profesional de salud: enfermería	100%	4	30	0,5
Profesional de salud: nutrición	100%	2	30	0,25
Profesional de salud: fonoaudiología	40%	2	45	0,375
Profesional de salud: ayudante de enfermería	100%	28	45	5,25
Profesional de salud: medicina	100%	1	30	0,125

Fuente: Elaboración propia.

4. Estimación de la demanda de recursos humanos

En esta sección combinamos los números de las secciones 2 y 3 para producir una estimación de los recursos humanos necesarios en 2020, 2035 y 2050 en cada uno de los países de América Latina y el Caribe. Primero, calculamos el número total de horas demandadas por el sistema, por cada tipo de servicio. Esto se obtiene multiplicando el número de personas mayores con dependencia por la cobertura de los tres esquemas (residencial (5%), domiciliario (95%) y rehabilitación [columna “Cobertura” en la Tabla 4]) por el número de horas de cada tipo de servicio ofrecido en cada esquema de atención (Tablas 3 y 4).

Segundo, dividimos el número total de horas demandadas para cada tipo de servicio por el máximo de horas que puede brindar un profesional. Para esto, definimos una serie de supuestos, a fin de hacer una estimación conservadora y ajustada a la realidad. En primer lugar, fijamos una jornada de trabajo para cada tipo de recurso humano, esto es, el número de días trabajados por semana y el máximo de horas trabajadas en un día; segundo, definimos la duración de cada sesión de prestación de servicios y, con base en los datos de las tablas 3 y 4, la cantidad máxima de personas a las que puede brindar el servicio en cada jornada de trabajo, considerando tiempos de traslado. Además de esto, se asume que para el funcionamiento de un equipo multidisciplinario de cuidados, todos los profesionales deberían dedicar tres horas por semana a actividades de coordinación, gestión y capacitación.

Como se observa en la Tabla 5, si bien la cantidad de horas máximas a la semana provista por los distintos perfiles de recurso humano son similares, la intensidad del cuidado —el número de personas a las que se brinda servicios con un número dado de horas a la semana— varía considerablemente. El recurso humano más “intensivo” en su oferta son los cuidadores informales/ familiares que, se asume, dedican todas sus horas al cuidado de una sola persona; en el otro extremo, con una jornada completa de 45 horas a la semana, la “cobertura” del coordinador de cuidados/ director de centro es mucho mayor que la del resto de los recursos humanos.

Tabla 5
Número de horas de trabajo y número de personas atendidas por diferentes tipos de recursos humanos del cuidado, por esquema de atención

Tipo de recurso humano	Atención domiciliaria				Atención institucional			
	Supuestos	Horas máximas de cuidado por semana*	Personas cuidadas por semana	Horas por año	Supuestos	Horas máximas de cuidado por semana*	Personas cuidadas por semana	Horas por año
Cuidador(a) informal/ familiar/ no remunerado	Por cada persona, cuidado residual, esto es, cuida una sola persona, todas las horas que requiere-> Máx: 1 persona por día. Jornada: 7 días/semana	25	1	1.300	Por cada persona: 1,5 horas, 2 veces a la semana.	3	1	156
Cuidador(a) formal/ remunerado / de respiro	Para brindar servicios de respiro. Por cada persona: 4 horas diarias, 1 visita a la semana a cada persona-> Máx: 2 personas por día. Jornada: 45 h/ 5 días por semana.	37	10	1.144	1 cuidador en turno de 8 horas por cada 7 personas con dependencia (24 horas). Jornada: 45 h/ 7 días por semana	165	7	8.580
Profesional de salud: ayudante de enfermería	Una hora diaria por persona + 30 mins transporte. 2 visitas a la semana a cada personas-> Máx: 5 pacientes al día. Jornada: 45 h/ 5 días por semana	22	12	1.144	1 cuidador en turno de 8 horas por cada 7 dependientes (12 horas). Jornada: 45 h/ 7 días por semana	81	7	4.212
Profesional de salud: enfermería	Una hora diaria por persona + 30 min transporte. 1 visita a la semana por personas-> Máx: 5 pacientes al día. Jornada: 45 h/ 5 días por semana.	22	25	1.144	1 enfermera en turno de 8 horas por cada 25 usuarios. Jornada: 45 h/ 5 días por semana	37	25	1.924
Profesional de salud: medicina	Media hora diaria por persona + 30 mins transporte. 1 visita a la semana por paciente-> Máx: 8 pacientes al día. Jornada: 45 h/ 5 días por semana.	17	40	884	1 médico en visita de 8 horas por cada 15 usuarios. Jornada: 45 h/ 5 días por semana	37	15	1.924
Coordinador (a) de cuidados/ director(a) del centro	1 jornada completa para coordinar 100 personas	42	100	2.184	4 horas diarias para coordinar 20 personas -> jornada completa = 40 personas	42	40	2.184

* Excluyendo tiempo para actividades de coordinación y capacitación.

Fuente: Elaboración propia.

En lo que concierne a los profesionales de rehabilitación, que brindan servicios tanto a personas que reciben cuidados domiciliarios como institucionales, se utiliza el mismo proceso. Para cada tipo de profesional se asume una jornada laboral, un número de sesiones semanales y un tiempo de duración de cada sesión que, en su conjunto, definen el número de personas a las que cada profesional puede brindar servicios en una semana. En este caso, los servicios más intensivos en tiempo son los brindados por auxiliares de enfermería y kinesiólogos, que tienen sesiones de mayor duración (45 minutos) y mayor frecuencia (7 y 2 veces por semana, respectivamente) (Tabla 6). En consecuencia, estos profesionales pueden brindar servicios a un número más reducido de personas cada semana, a diferencia de lo que sucede con servicios de menor intensidad (principalmente de médicos).

Tabla 6

Número de horas de trabajo y número de personas atendidas por diferentes profesionales de rehabilitación

Tipo de recurso humano	Supuestos	Horas máximas de cuidado por semana	Personas cuidadas por semana	Horas por año
Profesional de salud: kinesiología	Sesiones de 45 min + 30 min transporte 2 sesiones a la semana 6 pacientes al día Jornada 45 h/ 5 días por semana	27	15	1.404
Profesional de salud: terapia ocupacional	Sesiones de 45 min + 30 min transporte 1 sesión cada dos semanas 6 pacientes al día Jornada 45 h/ 5 días por semana	27	60	1.404
Profesional de salud: enfermería	Sesiones de 30 min + 30 min transporte 1 sesión a la semana 8 pacientes al día Jornada 45 h/ 5 días por semana	37	40	1.924
Profesional de salud: nutrición	Sesiones de 30 min + 30 min transporte 1 sesión cada dos semanas 8 pacientes al día Jornada 45 h/ 5 días por semana	37	80	1.924
Profesional de salud: fonoaudiología	Sesiones de 45 min + 30 min transporte 1 sesión cada dos semanas 6 pacientes al día Jornada 45 h/ 5 días por semana	27	60	1.404
Profesional de salud: auxiliar de enfermería	Sesiones de 45 min + 30 min transporte 7 sesiones a la semana 6 pacientes al día Jornada 45 h/ 5 días por semana	27	4	1.404
Profesional de salud: medicina	Sesiones de 30 min + 30 min transporte 1 sesión cada 4 semanas 8 pacientes al día Jornada 45 h/ 5 días por semana	37	160	1.924

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, aplicamos un factor de ajuste que refleja las semanas no trabajadas por motivo de vacaciones o licencias médicas. Se asume un total de seis semanas no trabajadas al año (excepto para cuidadores familiares/ informales/ no remunerados)⁸. El número de recursos humanos necesarios es igual a la ratio entre el total de horas demandadas por cada tipo de servicio, dividido por el número máximo de horas que cada tipo de recurso humano puede trabajar en un año (incluida la consideración del factor de ajuste).

La Tabla 7 presenta el resumen de los recursos humanos necesarios para ofrecer servicios a la población objetivo a nivel regional (mientras los resultados por país se encuentran en el Apéndice 1)⁹. Excluyendo a los cuidadores informales y al personal de rehabilitación, en total en la región se necesitarían 5 millones de profesionales del cuidado en 2020. Este número corresponde a 0,64 profesionales por cada persona mayor con dependencia. Debido al fuerte aumento de la población mayor en las próximas décadas, se proyecta que la demanda de profesionales del cuidado de largo plazo aumentará hasta 14,6 millones en 2050. A estos números, se suma la demanda de profesionales de rehabilitación, que se estima aumente de 2,2 millones en 2020 a 6,5 millones en 2050. Estos cálculos muestran el enorme potencial de creación de empleo del sector en la región, e implican que el desarrollo de servicios de cuidados de larga duración representa una oportunidad económica en el contexto de la economía plateada (Okumura et al., 2020; Jiménez et al., 2021).

Dado que el modelo planteado utiliza varios supuestos, es útil considerar estimaciones para escenarios alternativos. Por ejemplo, si utilizamos un modelo de cuidados en que el sistema provee solo un cuidador formal/ remunerado —en lugar de un equipo multidisciplinario como el aquí propuesto— los resultados difieren ligeramente en términos de requerimiento de recursos humanos. Si se asume que de las 40 horas semanales demandadas por servicios de cuidados el cuidador formal ahora provee la mitad (20 horas semanales), cada cuidador puede brindar cuidados a dos personas, suponiendo que el servicio se entrega en bloques de 4 horas (una mañana o una tarde) por 5 días a la semana. En este caso, la proporción de recursos humanos a personas mayores con dependencia de cuidados es 0,5, la que se eleva a 0,61 al ajustar por el número de horas semanales de coordinación y capacitación (3 por semana) y los días no trabajados (6 semanas al año). En este escenario, el sector demandaría un número de profesionales que aumentaría de 4,8 millones en 2020 a 13,9 millones en 2050. Estos números —aunque menores que aquellos presentados en la Tabla 7— confirman el potencial de creación de empleo en el sector, pero también, como veremos en la siguiente sección, la enorme brecha de recursos humanos que presenta la región y la gran contribución de las familias a la provisión de servicios de cuidados.

Asimismo, es posible modificar otros parámetros del modelo como el número de horas de cuidados que es provisto por cuidadores informales/ familiares/ no remunerados versus lo cubierto por el sistema en la atención domiciliaria. Por ejemplo, en un sistema más “generoso” en donde las horas de cuidado semanal entregadas por cuidadores informales/ familiares/ no remunerados son 15 (en lugar de las 25 del escenario base) —*ceteris paribus*— la demanda de profesionales del cuidado aumenta de 5 a 7 millones en 2020.

⁸ El factor de ajuste implica que solo se ofrecen cuidados un 88% ($[52-6]/52$) de las semanas del año. Los cuidadores informales no tienen este privilegio. Sin embargo, la comparación relevante es cuál sería su situación “sin sistema de cuidados”.

⁹ La Tabla 7 agrupa los recursos humanos para el cuidado de los esquemas de cuidado domiciliar e institucional, que utilizan los mismos tipos de recursos humanos en la categoría “Recursos humanos para el cuidado”.

Tabla 7

Estimación de recursos humanos requeridos para la provisión de servicios de cuidados de largo plazo para personas mayores con dependencia en América Latina y el Caribe, 2020-2050

Año	2020	2035	2050	Variación 2020-2050
Recursos humanos para el cuidado				
Cuidadores(as) informales/ familiares/ no remunerados	7.844.875	14.036.564	22.798.123	190,61%
Cuidadores(as) formales/ remunerados/ de respiro	968.868	1.733.545	2.815.597	190,61%
Profesional de salud: ayudante de enfermería	2.566.525	4.591.851	7.438.065	189,81%
Profesional de salud: enfermería	1.113.340	1.993.411	3.322.332	198,41%
Profesional de salud: medicina	245.869	440.474	750.631	205,30%
Coordinador(a) de cuidados	108.698	194.586	323.637	197,74%
Total de recursos humanos necesarios (excluyendo cuidadores informales)	5.003.300	8.953.867	14.650.262	192,81%
Recursos humanos para la rehabilitación				
Profesional de salud: kinesiología	366.384	655.824	1.082.171	195,37%
Profesional de salud: terapia ocupacional	63.270	113.639	212.162	235,33%
Profesional de salud: enfermería	110.865	198.353	322.158	190,59%
Profesional de salud: nutrición	60.390	108.156	182.882	202,83%
Profesional de salud: fonoaudiología	49.506	88.684	151.543	206,11%
Profesional de salud: ayudante de enfermería	1.551.927	2.776.806	4.510.070	190,61%
Profesional de salud: medicina	27.725	49.601	80.551	190,54%
Total de recursos humanos para la rehabilitación	2.230.067	3.991.063	6.541.537	193,33%

Fuente: Elaboración propia.

5. Brechas de recursos humanos para el cuidado de larga duración en la región

5.1 Brechas en la cantidad de recursos humanos disponibles

Una vez establecidas las necesidades de recursos humanos para el cuidado en la región, es necesario preguntarse cómo avanzar para generar estos recursos en los distintos países. Esta pregunta requiere entender la brecha actual entre necesidad y disponibilidad (*stock*), así como la capacidad de los países para generar nuevos recursos (*flow*). Entendiendo la importancia de los cuidadores familiares/ informales/ no remunerados en cualquier sistema de cuidados, la discusión se puede plantear en torno a dos grandes temas: capacitación para cuidadores familiares/ informales/ no remunerados y formación de profesionales remunerados (trabajadores del cuidado).

En lo concerniente a los cuidadores no remunerados, el modelo asume que existe una oferta residual que siempre cubre las necesidades de cuidados ante la carencia de otros recursos humanos para brindar servicios. En este sentido, se deduce que el *stock* actual es igual al número

total de personas mayores con dependencia de cuidados (cerca de 8 millones en 2020). Esto no significa que no existan brechas ni que los países no deban preocuparse por este grupo; al contrario, se requieren al menos dos tipos de políticas que permitan reducir la carga de los cuidados sobre este grupo y contribuir a aumentar la sostenibilidad del sistema de cuidados (WHO, 2021). En primer lugar, generar alternativas al cuidado que permitan reducir la carga de los cuidados sobre los cuidadores no remunerados; la implementación de un sistema de cuidados como el propuesto, por ejemplo, permitiría disminuir la carga para estos cuidadores desde 40 horas a 25 horas a la semana (desde proveer el 100% de las horas de cuidado a cerca del 60%). En segundo lugar, la capacitación de cuidadores informales es una tarea clave de los países, considerando que buena parte de las horas demandadas en servicios de cuidados son efectivamente provistas por este grupo. Ambas acciones permitirían mejorar el servicio para las personas con dependencia de cuidados, disminuir el impacto negativo que el cuidado tiene sobre la salud y bienestar financiero y social de las personas cuidadoras, y reducir y redistribuir la carga del cuidado que actualmente impacta desproporcionadamente a las mujeres cuidadoras (Colombo et al., 2011; Rodrigues et al., 2013; Ejem et al., 2015; Villalobos Dintrans 2019b).

Sobre la oferta de recursos humanos remunerados para el cuidado, lamentablemente existen pocos datos en los países de la región. Por ejemplo, Uruguay muestra, a partir de las estadísticas de su sistema de cuidados, que al 2020 había en el país 4.681 personas que trabajaban como asistentes personales —equivalente a cuidadores formales en este documento— para atender a 6.125 personas con dependencia severa registradas en el sistema (Sistema de Cuidados, 2020). En términos de brechas de cantidad respecto de las necesidades presentadas en el Apéndice 1 (6.137 personas), esto equivale a un déficit de 1.456 cuidadores formales. A eso se sumaría la brecha en los otros tipos de profesionales que constituyen el equipo multidisciplinario en nuestro escenario de atención.

Otro caso en la región es el de Chile. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) de 2017, existirían en el país 24.377 personas que trabajan como cuidadores formales (externos al hogar y pagados) (Villalobos Dintrans, 2019b; Gazmuri y Velasco, 2021), lo que implica un déficit de cuidadores formales de al menos 10.577 personas.

En ambos casos, es necesario considerar que esta brecha está probablemente subestimada, ya que el dato del número de cuidadores considera el total disponible en el país, mientras que la estimación de requerimientos fue realizada sobre una población específica: personas mayores de 65 años que reportan dificultades para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria.

Por una parte, se presume que la brecha puede ser mayor si el número total de personas con dependencia (necesidad de cuidados) excede al número de personas que reportan dificultades para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria. Este sería el caso en Chile donde, de acuerdo con las definiciones utilizadas en la encuesta CASEN, una persona que reporta dificultad para realizar una actividad básica de la vida diaria es considerada con dependencia severa, pero existen dependientes severos (además de dependientes leves y moderados) que también requieren de cuidados y no se incluyen en esta definición, como las personas con demencia (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009; Villalobos Dintrans, 2019b). Si se consideran solamente los cuidadores que prestan servicios a dependientes severos, el número de cuidadores formales alcanza a 6.939 y la brecha (sin considerar a dependientes severos por otras razones) sería de 28.015 personas.

Por otra parte, esta brecha también aumentaría si se considera que los cuidadores identificados en ambos países prestan servicios a toda la población con necesidades de cuidados, no solo a

personas mayores de 65 años. Por ejemplo, en Chile, las personas mayores de 65 años representan el 57,4% del total de las personas con dependencia (mayores de 15 años); si se restringe este cálculo a personas con dependencia severa, la cifra se eleva a 69,9%, pero aun una parte importante de la población que requiere cuidados pertenece a un grupo no considerado en la estimación de requerimientos de recursos humanos (Villalobos Dintrans, 2019a).

Respecto del resto de los recursos humanos propuestos en este estudio, el modelo planteado llama a pensar en una provisión de servicios de cuidados brindada por un equipo multidisciplinario. En términos de estimación de brechas, esto plantea beneficios y costos. Por una parte, permite identificar claramente distintos tipos de recursos humanos para el cuidado, lo que facilita la estimación de distintas brechas en lugar de una brecha “genérica” de esos recursos. Por otro lado, introduce complejidades, principalmente para estimar la brecha en recursos humanos que no se dedican exclusivamente a la provisión de cuidados (como los distintos profesionales de la salud propuestos en el modelo). Esto también complica la estimación de la brecha porque los recursos se pueden mover entre sectores. Por ejemplo, la brecha en personal de enfermería no se determina solo mirando al sector cuidado, ya que muchos de estos profesionales pueden estar trabajando en otros sectores, como el sector salud, por lo que el análisis de brechas requiere esta mirada general del mercado laboral y las distintas alternativas (más allá de la provisión de servicios de cuidados) que cada tipo de recurso humano tiene disponible.

En resumen, para el cálculo de la brecha de recursos humanos (cantidad) en cada país es necesario identificar tanto la oferta actual como el flujo de recursos humanos (entrada y salida) en cada periodo de tiempo. En el caso de los cuidadores no remunerados, es necesario destacar la importancia de poder contar con estimaciones que permitan conocer su disponibilidad, principalmente considerando la tendencia global a la disminución de la oferta de cuidados —sobre todo, provistos por la familia—, debido a cambios demográficos, económicos y culturales en muchos países. Independientemente de estos cambios, los países necesitan buscar estrategias que permitan aliviar la carga de los cuidados, incluso en aquellos países en donde los servicios continúan (o continuarán) siendo provistos por las familias. Para poder contar con estas estimaciones los países requieren generar y sistematizar información sobre la oferta actual y futura de los distintos tipos de recursos humanos, de acuerdo a lo señalado en la Tabla 8.

Tabla 8

Necesidad de información para el cálculo de la oferta de recursos humanos disponibles para la provisión de servicios de cuidados de largo plazo

	Cuidadores (remunerados y no remunerados)	Profesionales de salud
Oferta actual (<i>stock</i>)	Número de cuidadores en el país y porcentaje que cuenta con capacitación (que cumple estándares).	Número de profesionales en el país y sus características (incluyendo horas de dedicación a provisión de servicios de cuidados y perfil de competencia).
Flujo (<i>flow</i>)	Oferta de capacitación (cupos) para cuidadores, de acuerdo con estándares.	Oferta de formación (cupos) para profesionales, de acuerdo con estándares.
	Número de cuidadores acreditados por año.	Número de profesionales graduados por año.
	Número de cuidadores que dejan el sector y tiempo medio de permanencia.	Número de profesionales que dejan el sector y tiempo medio de permanencia.

Fuente: Elaboración propia.

5.2 Perfil de los recursos humanos: competencias y capacitación

Tan relevante como el déficit en el número de personas para brindar servicios, la estimación de una “brecha” requiere hacer supuestos sobre las capacidades y competencias de estos recursos humanos: una adecuada oferta de servicios de cuidados no solo consiste en contar con un cierto número de profesionales disponibles para brindar estos servicios en cada país sino, además, con la existencia de profesionales con competencias y conocimientos adecuados para realizar esta tarea con calidad y seguridad. Como en el caso de los cuidadores no remunerados, es clave avanzar en un perfil de competencias para estos profesionales y generar programas de capacitación.

Situación internacional

La literatura internacional muestra que los estándares para la capacitación, certificación y formalización de cuidados a largo plazo pueden ser muy heterogéneos entre países y entre tipos de profesionales del cuidado. Al mismo tiempo, destaca avances importantes hacia la estandarización de la formación y las competencias para la fuerza laboral de cuidado a largo plazo en los países de la OCDE, con varios de ellos mejorando la formación inicial y en el trabajo para los cuidadores remunerados, y con el desarrollo del Marco Europeo de Cualificaciones y el Certificado Europeo de Atención. Un estudio en 26 países de la OCDE mostró que, con respecto a los roles de perfil y las habilidades requeridas, los trabajos de cuidados a largo plazo a menudo son más complejos de lo que se suele describir y varían mucho entre países (OECD, 2020a).

Algunos países parecen limitar la variedad de tareas de los cuidadores remunerados (como Noruega e Israel) estrictamente a la asistencia en las actividades de la vida diaria y la comunicación verbal. Sin embargo, en un grupo más grande de países (por ejemplo, Canadá, Corea, Japón, Bélgica, Suecia y República Checa), los cuidadores remunerados además realizan otras tareas: en Suecia está autorizados a administrar medicamentos y en Corea y Japón pueden incluso actuar como gestores de casos (OECD, 2020a).

Este estudio también mostró que los requisitos educativos y de capacitación de cuidadores remunerados son relativamente bajos (para el contexto de los países considerados). La mayoría (63%) de los trabajadores de cuidados a largo plazo tienen títulos de educación secundaria superior o equivalente. Las políticas de formación inicial para los cuidadores remunerados son

bastante diversas, y menos de la mitad de los países exigen un nivel educativo mínimo. Entre los que lo hacen, este requisito varía desde la formación profesional (Hungría, Luxemburgo, Países Bajos y Letonia) hasta un diploma de escuela secundaria (Bélgica y Suecia) o un título técnico después de la escuela secundaria (Canadá, Malta y, desde 2020, Estonia) (OECD, 2020a).

Por otra parte, el contenido y la duración de los programas de capacitación varían mucho dentro y entre los países de la OCDE. En Corea se requiere que una persona sin experiencia laboral o licencia siga 240 horas de capacitación, que incluyen aprendizaje en el aula (80 horas), sesiones de práctica (80 horas) y capacitación en el trabajo (80 horas). Menos de la mitad de los países exigen que los cuidadores remunerados aprueben o posean una licencia o una certificación que demuestre que tienen las competencias y habilidades básicas para trabajar en la atención de la salud y los servicios sociales para las personas mayores. Hay bastante heterogeneidad en los requisitos. La formación suele estar dirigida a los trabajadores de instituciones y, a menudo, no es obligatoria para los trabajadores a domicilio (OECD, 2020a). Además, las habilidades requeridas no están necesariamente garantizadas a través de la formación inicial en cuidados a largo plazo, lo que significa que no está claro si los niveles de competencia requeridos son suficientes para garantizar la calidad de la prestación de cuidados a largo plazo (OECD, 2020a).

En comparación con los cuidadores remunerados, el papel de las enfermeras en los cuidados de larga duración en estos países tiende a ser más homogéneo y, con frecuencia, incluye la tarea de coordinación de la atención. Aun si solo en la mitad de los países analizados se requiere que las enfermeras tengan un alto nivel educativo (como una licenciatura), usualmente tienen un nivel educación alto. Sin embargo, no necesariamente recurren a capacitación especializada en atención geriátrica (OECD, 2020a).

Situación en América Latina y el Caribe

En la mayoría de los países de la región, si no en todos, la del cuidador remunerado aún no se reconoce como una profesión en sí misma, lo que dificulta el desarrollo de estándares mínimos de capacitación. Lamentablemente, no hay información sistemática en la región que permita hacer una comparación como la presentada en la sección anterior.

La falta de certificación de esta fuerza laboral no solo impacta en la medida en que los derechos laborales profesionales, como la protección social, puedan ser garantizados, sino que también afecta la calidad de la atención brindada a las personas mayores y sus familias. En este contexto, los cuidadores profesionales están poco reconocidos (difícil hacer una “carrera”), lo que implica muchas veces que falta información respecto de este mercado y su nivel de precarización del trabajo, lo que a su vez redundo en una baja oferta y alta rotación; esto es especialmente problemático desde una perspectiva de género, considerando que la mayoría de los cuidadores son mujeres mayores de 45 años y con bajos niveles educativos. En tiempos recientes, un número importante de países ha comenzado a avanzar en el establecimiento de programas e iniciativas públicas de capacitación y certificación de cuidadores, extendiéndolos en algunos casos hacia los cuidadores familiares no remunerados (Tabla 9). El desafío consiste en escalar estas iniciativas para aumentar su cobertura.

Al mismo tiempo, los currículos de las carreras relacionadas (por ejemplo, medicina o enfermería) dedican un bajo porcentaje de horas al tema de cuidados de larga duración, especialmente en personas mayores. La formación aún tiene un gran enfoque en las necesidades biológicas y médicas agudas, más que en las necesidades funcionales (socio-sanitarias) y condiciones crónicas complejas que experimentan las personas mayores. Consecuentemente, los profesionales involucrados en el sector son mayoritariamente generalistas, sin una formación

específica en cuidados a largo plazo y con una función individual como parte de un sistema más amplio que no está claramente definida.

Esto puede tener implicaciones importantes para el sistema con respecto a cómo se estructuran actualmente los servicios y su calidad. Implica que la atención a largo plazo: (i) está en gran medida fragmentada entre los servicios/sistemas (incluidos los sectores público y privado, los sectores de la salud y la atención social), y entre los profesionales que a menudo trabajan aislados en vez de ser parte de un equipo multidisciplinario; (ii) se orienta a la enfermedad, usualmente con énfasis en servicios sanitarios; (iii) se centra en los requisitos de los servicios y profesionales, esto es, normas y reglamentos sobre cómo debe funcionar o debe estructurarse un servicio específico, en lugar de las personas y sus necesidades; (iv) está enfocada en las normas y reglamentos de lo que un organismo profesional autoriza a hacer a un profesional, más que en las necesidades de cada persona mayor.

Dichos aspectos dejan sin ayuda a las familias y a las personas mayores responsables de navegar sistemas complejos y de buscar los servicios que necesitan (cuando existen y cuando pueden satisfacer sus necesidades). Dependen de la atención que está disponible para ellos, sin un estándar formal contra el cual pudieran argumentar a favor de una mejor calidad de atención.

Por lo tanto, la falta de una regulación específica para la fuerza laboral en este sector deja la provisión y/o la demanda de capacitación en cuidados a largo plazo sujeta mayoritariamente a la decisión y proactividad de diferentes actores del sector. Estos incluyen organismos reguladores profesionales (por ejemplo, consejo de enfermería, consejo de fisioterapia), proveedores de servicios (empresas privadas incluidas), familias o los propios trabajadores.

Tabla 9

Ejemplos de iniciativas de capacitación y certificación de cuidadores(as)

País	Iniciativa	Instituciones a cargo	Fuente
Chile	Certificación de Competencias para el Perfil Ocupacional de Cuidador/a Primario(a); Curso a distancia de nivel inicial para todos los cuidadores y cuidadoras de personas mayores en ELEAM	ChileValora, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Universidad Técnica Federico Santa María, Ministerio de Salud	https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/6831/cuidadores-primarios-certifican-sus-competencias-laborales https://www.ilo.org/santiago/sala-de-prensa/WCMS_834512/lang-es/index.htm http://www.senama.gob.cl/noticias/desarrollan-curso-para-cuidadores-de-personas-mayores-en-establecimientos-de-larga-estadia
Colombia	Curso de operario en cuidado básico de personas con dependencia funcional	Secretaría de Integración Social, Bogotá	https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/96-noticias-discapacidad/3544-quieres-formarte-en-el-cuidado-basico-de-personas-con-dependencia-funcional
México	Curso de “Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas”; Curso de “Apoyo Para Cuidadores Informales de Personas Envejecidas Frágiles y con Demencia”	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores/ http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores2/
Paraguay	Curso de “Cuidador Básico de Personas Adultas Mayores”	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	https://www.mspbs.gov.py/portal/17194/msp-y-mtess-lanzan-curso-de-cuidador-de-adultos-mayores.html
Perú	Curso de “Formación de Cuidadores Domiciliarios Familiares de Personas Adultas Mayores y Voluntarios”	Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF)	https://www.gob.pe/institucion/inabif/noticias/206099-inabif-capacito-a-familiares-de-personas-adultas-mayores-para-que-les-brinden-adeuada-atencion-en-sus-hogares
República Dominicana	Comunidades de Cuidado	Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP), Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD)	https://presidencia.gob.do/noticias/infotep-inicia-capacitacion-para-el-cuidado-de-personas-en-condicion-de-dependencia https://www.elcaribe.com.do/panorama/almuerzo-semanal/el-gobierno-formara-red-de-cuidadores-a-quienes-pagara-por-dar-el-servicio/
Uruguay	Certificación de competencias laborales como cuidadores/as	Sistema Nacional Integrado de Cuidados	https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tematica/formacion-cuidados http://www.inefop.org.uy/Llamados/Llamado-a-centros-de-larga-estadia--Certificacion-de-competencias-laborales-como-cuidadores-as-uc3980

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes citadas en la tabla.

6. Limitaciones de este estudio y líneas de trabajo futuro

Este trabajo presenta una estimación —el primer esfuerzo de este tipo en la región— de la demanda de recursos humanos para los cuidados de larga duración que requieren personas mayores en América Latina y el Caribe. El análisis es limitado en varios sentidos.

- i. Nuestras estimaciones de demanda de recursos humanos se basan en el número de personas mayores con dependencia. No obstante, alrededor de la mitad de las personas con dependencia tiene menos de 65 años (Cafagna et al., 2019). Por esta razón, hay una subestimación en los números presentados en este estudio. Para personas de menor edad, también varía el perfil profesional de los recursos humanos. Por ejemplo, para personas con dependencia debido a discapacidad, el enfoque debe dirigirse a una asistencia personal que apunte a lograr una plena inclusión social (incorporando a través de la asistencia escolar, la integración en el mercado laboral, etc.). De modo similar, existe una demanda de servicios de cuidado y rehabilitación para personas que se encuentran en una situación de dependencia de corto plazo, debido por ejemplo a un accidente o enfermedad, que no hemos estimado en este estudio (Oliveira et al., 2022). Proveer servicios de cuidado y rehabilitación a esta población puede ser fundamental para prevenir el desarrollo de un estado permanente de dependencia.
- ii. Para estimar la demanda de servicios, hemos asumido uniformidad en las características de las personas con dependencia de cuidados. Sin embargo, estas personas se diferencian de manera importante desde un punto de vista funcional y socioeconómico, y requieren de planes personalizados de atención. Nuestro estudio empieza considerando el número de personas con dificultad en al menos una actividad básica de la vida diaria. Entre ellas, el nivel de dependencia funcional varía considerablemente. En las encuestas existentes, no existe información detallada sobre el nivel de dependencia, o al menos no de una manera que sea fácilmente comparable entre países. En algunos casos, las preguntas se enfocan en el nivel de dificultad, en otros en la necesidad de ayuda. En algunos casos las preguntas incluyen actividades instrumentales de la vida diaria, en otros solo consideran actividades básicas. El número de actividades consideradas varía entre países (véase Aranco et al., 2022b). En ningún caso, por obvias razones de costo, o porque los países todavía no cuentan con estos instrumentos, las preguntas de las encuestas corresponden a aquellas incluidas en los baremos utilizados para determinar la elegibilidad a recibir servicios (Oliveira et al., 2022).

Teóricamente, la evaluación del baremo debería llevar a la determinación de un plan individual de cuidado. El uso de una medida estandarizada de dependencia y de planes estandarizados de atención, como hicimos en este estudio, puede llevar a una estimación de la demanda de servicios diferente en cada país. Nuestra definición de dependencia puede no coincidir con la utilizada en varios países y es necesario considerar que distintas maneras de medir y definir la dependencia pueden llevar a resultados disímiles en cuanto a número de personas con dependencia (Villalobos Dintrans y González Bautista, 2020; Oliveira et al., 2022). El supuesto implícito es que, en cada país, los recursos humanos estimados en este estudio puedan ser redistribuidos entre las personas con dependencia para ofrecer planes diferenciados de cuidado (en lugar de una solución igual para todos). De manera similar, las pérdidas funcionales entre las personas mayores son muchas veces transitorias y, por lo tanto, una persona con un nivel de dependencia de cuidados hoy no necesariamente necesitará ayuda después de algunas semanas de recibir apoyo. Estos casos requieren reevaluaciones frecuentes a fines de redefinir el plan de cuidados

y recursos humanos necesarios de acuerdo a la necesidad actual de la persona (Oliveira et al., 2022).

- iii. Las estimaciones se basan en un modelo que incluye una serie de supuestos y parámetros de un potencial sistema de cuidados en los distintos países de la región. Si bien muchas de estas decisiones (incluidos la distribución de población en esquemas de cuidados o los estándares de horas para distintos recursos humanos destinados al cuidado) fueron adoptadas con la información disponible, son arbitrarias y podrían ser modificadas para lograr estimaciones más cercanas a la realidad, necesidades o políticas de cada país.
- iv. Si bien el análisis pone de relieve el rol de los servicios de rehabilitación —necesarios para pensar en un sistema de cuidados más completo, que se enfoca no sólo en brindar servicios de cuidados sino también en prevenir y disminuir la dependencia— también es preciso considerar los requerimientos para cubrir servicios excluidos, como los centros de día. Así, los requerimientos de recursos humanos en un sistema de cuidados con más servicios estarían subestimados; lo contrario ocurre en un sistema con menos servicios que los propuestos.
- v. La mayoría de los países no tienen estimaciones de su fuerza laboral de cuidados en la actualidad y proyecciones para el futuro, y esto nos impide estimar la brecha de recursos humanos. Esto probablemente se deba a que buena parte de la fuerza laboral del sector no es formal y/o certificada y/o empleada como profesional de cuidado; también, los profesionales del área de la salud trabajan en distintos sectores. Existen empleados domésticos que cumplen tareas de cuidado. No hay mucha información sistematizada sobre los proveedores de cuidados de larga duración del sistema privado, y los trabajadores del cuidado muchas veces no están incluidos en los registros gubernamentales. Los organismos reguladores (cuando existen) a menudo solo tienen en cuenta a los cuidadores de centros residenciales, dejando fuera de las estadísticas a la atención domiciliaria y otros proveedores de atención a largo plazo. Las encuestas de fuerza trabajo no clasifican a los trabajadores como profesionales del sector del cuidado. Todo esto dificulta las estimaciones de los recursos humanos disponibles.

A fin de ir avanzando en el cálculo y cierre de brechas de recursos para cuidados en la región, en particular la implementación de sistemas formales de cuidados de largo plazo, las acciones necesarias incluyen:

- i. Desarrollar reglas para relacionar el nivel de dependencia con el correspondiente plan de cuidado, es decir un esquema de atención personalizado que determine el tipo y la intensidad de diferentes tipos de servicios que la persona requiere.
- ii. Establecer estándares de calidad y seguridad para cada tipo de servicio, incluyendo los perfiles profesionales asociados a cada tipo de servicio, esto es, cuántos y qué perfiles de recursos humanos para el cuidado son necesarios para atender, con calidad y seguridad, a personas con determinadas necesidades.
- iii. Establecer estándares mínimos de capacitación, contenidos, duración del plan de estudios y práctica de los trabajadores del cuidado de acuerdo a los perfiles de competencia requeridos en cada caso, y considerando la legislación de cada país. Esto, teniendo en cuenta también las restricciones de los trabajadores del sector; por ejemplo,

por medio de cursos modulares, generación de cursos masivos, cursos modalidad presencial/ online, convalidación de horas de trabajo práctico.

- iv. Establecer una cantidad mínima de horas de formación práctica, así como la entrega de conocimiento modular, que permita a distintas personas formarse de acuerdo con su rol y perfil esperado (por ejemplo, cuidadores de respiro domiciliarios, cuidadores en centros de larga estadía, cuidadores especializados en situaciones de deterioro cognitivo, entre otros).
- v. Mejorar los sistemas de medición del número y tipo de trabajadores del sector del cuidado existentes (por medio de mejoras en la clasificación de las encuestas de fuerza laboral, y mediante registros de prestadores de servicios en el sector público y privado).
- vi. Certificar y oficializar la fuerza laboral existente y establecer sistemas de formación para garantizar la disponibilidad de los recursos humanos necesarios en el futuro.
- vii. Evaluar alternativas para aumentar la oferta de personal para los cuidados, incluyendo estrategias para reducir la rotación de personal y el potencial rol de la migración en la contribución a los sistemas de cuidados de países con mayores necesidades (Rodrigues et al., 2013; Abarcar y Theoharides, 2021).

Nuestros resultados muestran el enorme desafío que enfrentan los países de la región en términos de reducir las brechas actuales y futuras en sus recursos humanos para el cuidado — tanto en términos de cantidad como de formación—, pero también destacan el enorme potencial de este sector como un motor de los mercados laborales y la economía de los países en los próximos años. Por supuesto, esto requiere del desarrollo de sistemas de cuidado que ayuden a la creación de un mercado suficientemente atractivo para atraer y retener recursos humanos para el cuidado, dentro de los estándares laborales de cada país, a fin de evitar que el trabajo de cuidadores se convierta en “formal” pero continúe siendo precario.

El reto de implementar sistemas de cuidado de larga duración en la región está más vigente que nunca y los países necesitan considerar la magnitud de este desafío y activar la implementación de políticas y estrategias en esta línea. Esperamos que la información de este documento —que constituye un esfuerzo por sistematizar y estimar esta brecha por primera vez en la región— contribuya a un mayor debate sobre el tema en la región y a la generación de acciones efectivas para abordarlo.

Referencias bibliográficas

- AARP (2021). *Caregiver Glossary: Definitions for the Most Confusing Acronyms and Terms*. <https://www.aarp.org/caregiving/basics/info-2019/caregiver-glossary.html>
- Abarcar, P. y C. Theoharides (2021). "Medical Worker Migration and Origin-Country Human Capital: Evidence from U.S. Visa Policy". *The Review of Economics and Statistics*, 1–46. https://doi.org/10.1162/rest_a_01131
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Brasil] (2007). *Resolução RDC nº 283*, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/rdc-283-2005.pdf>
- Alcaldía de Medellín [Colombia] (2004). *Resolución 8333*, por la cual se establece el reglamento para el funcionamiento de las instituciones Adulto Mayor y Anciano en el Departamento de Antioquia. https://www.medellin.gov.co/amauta/archivos/Resolucion_8333_octubre_2004.pdf
- American Nurses Association [Estados Unidos] (2014). *Nursing Staffing Requirements to Meet the Demands of Today's Long Term Care Consumer*. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/nursing-staffing-requirements-to-meet-the-demands-of-todays-long-term-care-consumer/>
- Aranco, N. y P. Ibararán (2020). *Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: Antecedentes, características y resultados*. Nota técnica del BID N° IDN-TN-1884. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/servicios-de-apoyo-personal-para-personas-con-dependencia-funcional-antecedentes-caracteristicas-y>
- Aranco, N., M. Stampini, P. Ibararán y Nadin Medellín (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Aranco, N., M. Bosch, M. Stampini, O. Azuara, L. Goyeneche, P. Ibararán, D. Oliveira, M. Reyes Retana, W. D. Savedoff y E. Torres (2022a). *Aging in Latin America and the Caribbean: Social protection and quality of life of older persons*. Monografía del BID IDB-MG-01009. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0004287>
- Aranco, N., P. Ibararán y M. Stampini (2022b). *Prevalence of care dependence among older persons in 26 Latin American and the Caribbean countries*. Nota técnica del BID N° IDB-TN-2470. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0004250>
- Bango, J. y P. Cossani (2021). *Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación*. ONU Mujeres. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>
- Benedetti, F., J. Acuña y B. Fabiani (2022). *Teleasistencia: Innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas con dependencia*. Nota Técnica del BID N° IDB-TN-2475. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. De próxima publicación.

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Chile] (2011). *Decreto 14*. Aprueba reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Valparaíso: BCN. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1015936>
- Borrayo, E. A., J. R. Salmon, L. Polivka y B. D. Dunlop (2002). "Utilization Across the Continuum of Long-Term Care Services". *Gerontologist*, 42(5):603–612. <https://doi.org/10.1093/geront/42.5.603>
- Cafagna, G., N. Aranco, P. Ibararán, M. L. Oliveri, N. Medellín y M. Stampini (2019). *Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>
- Cieza A., K. Causey, K. Kamenov, S. Wulf Hanson, S. Chatterji y T. Vos (2021). "Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019". *The Lancet*, 396(10267):2006-2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- Colacce, M. y P. Manzi (2017). El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados: Una mirada de largo plazo. *CEPAL Serie Estudios y Perspectivas*, 27. Santiago: CEPAL. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/42058/S1700410_es.pdf
- Colombo, F., A. Llena-Lozal, J. Mercier y F. Tjadens (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en#page1
- Corporación De Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social [Chile] (2012). *Diseño de un Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile Propuesta de Estudio*. Santiago: CIEDESS. https://www.ciedess.cl/601/articles-549_archivo_01.pdf
- Drees-Gross, F. y P. Zhang (2021). *El escaso acceso digital frena a América Latina y el Caribe. ¿Cómo solucionar este problema?* <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/el-escaso-acceso-digital-frena-america-latina-y-el-caribe-como-solucionar-este>
- Ejem, D. B., P. Drentea y O. J. Clay (2015). "The effects of caregiver emotional stress on the depressive symptomatology of the care recipient". *Aging & Mental Health*, 19:1, 55-62. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.915919>
- Fabiani, B., J. Costa-i-Font, N. Aranco, M. Stampini y P. Ibararán (2022). *Opciones de Financiamiento de los Servicios de Atención a la Dependencia en América Latina y el Caribe*. Nota técnica del BID N° IDB-TN-2473. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0004306>
- Family Caregiving Alliance (2016). *Caregiver Statistics: Work and Caregiving*. <https://www.caregiver.org/resource/caregiver-statistics-work-and-caregiving/>
- Federal Ministry of Health [Alemania] (2009). *Report by the advisory board to review the definition of the need for long-term care*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Englische_Da

[teien/Report by the advisory board to review the definition of the need for long-term care.pdf](#)

- Fernández, J. (2000). *Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región.* https://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_RESIDENCIAS_Prog-Ib-def-.pdf
- Ferreira Roquete, F., C. Campos Ricci Frá Batista y R. Caetano Arantes (2014). "Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014)". *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 20(02). <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160053>
- Gazmuri, J. y C. Velasco (2021). Personas dependientes: ¿quiénes son, quiénes los cuidan y cuál es el costo de la asistencia? *Centro de Estudios Públicos - Puntos de Referencia*, 562. https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20210329/20210329145624/pder562_jgazmuri.pdf
- Guo, J., R. T. Konetzka, E. Magett y W. Dale (2015). "Quantifying Long-Term Care Preferences". *Medical Decision Making*, 35(1):106-13. <https://doi.org/10.1177/0272989X14551641>
- Hajek, A., T. Lehnert, A. Wegener, S. G. Riedel-Heller y H-H. König (2017). "Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evidence from a population-based survey in Germany". *BMC Health Service Research*, 17(1):156. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2101-y>
- Harrington, Ch., M. E. Dellefield, E. Halifax, M. L. Fleming y D. Bakerjian (2020). "Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes". *Health Service Insights*, 13. <https://doi.org/10.1177/1178632920934785>
- Harwood, R. H., A. A. Sayer y M. Hirschfeld (2004). "Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios". *Bull World Health Organization*, 82(4): 251–258. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585969>
- Jiménez, C., J. Requejo, M. Foces, M. Okumura, M. Stampini y A. Castillo (2021). *Silver Economy: Mapping actors and trends in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0003237>
- LaPlante, M. P., Ch. Harrington y T. Kang (2002). "Estimating paid and unpaid hours of personal assistance services in activities of daily living provided to adults living at home". *Health Services Research*, 37(2):397-415. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.029>
- Lehnert, T., M. Heuchert, K. Hussain y H-H. König (2018). "Stated preferences for long-term care: a literature review". *Ageing & Society*, 39(9):1873-1913. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000314>
- Matus-López, M. y C. Cid Pedraza (2014). "Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020". *RPSP Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(1):31-6. OPS – PAHO. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n1/05.pdf>

- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [Perú] (2010). *Decreto Supremo 009-2010-MIMDES*, requisitos mínimos para el funcionamiento de los centros de atención residencial para personas adultas mayores. https://www.congreso.gob.pe/carpeta tematica/2021/carpeta_062/?K=34676
- Ministerio de Salud de Chile (2022). *Canasta de Prestación de Rehabilitación para ELEM*. Minuta elaborada por el Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile. Documento no publicado, elaborado el 8 de marzo de 2022.
- MIT AgeLab (2021). *Mapping the Caregiver Journey*. <https://agelab.mit.edu/caregiving-and-well-being/projects/mapping-the-caregiver-journey/>
- Okumura, M., M. Stampini, C. Buenadicha, A. Castillo, F. Vivanco, M. A. Sánchez, P. Ibararán y P. Castillo (2020). *La economía plateada en América Latina y el Caribe: El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002598>.
- Oliveira, D., S. León-Moncada y F. Terra. (2022). *El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: Prácticas, avances y direcciones futuras*. Nota técnica del BID N° IDB-TN-2476. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/El-uso-de-Baremos-de-Valoracion-de-la-Funcionalidad-y-de-la-Dependencia-de-cuidados-en-personas-mayores-Practicas-avances-y-direcciones-futuras.pdf>
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2020). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2020a). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2020b). *Latin American Economic Outlook 2020: Digital Transformation for Building Back Better*. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/development/latin-american-economic-outlook-2020_e6e864fb-en
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2022). *OECD. Stat*. Paris: OECD Publishing. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- OMS – Organización Mundial de la Salud (2022). *Rehabilitation*. Geneva: WHO. https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1
- Perkins, K. (2022). *Human Resources Challenges in Nursing Homes*. <https://work.chron.com/human-resources-challenges-nursing-homes-20651.html>
- Pioneer Network (2016) *Creating Home: A Guide to Better Care Options for an Aging America. Definitions of Common Terms Used in Long-Term Care and Culture Change*.

<https://www.pioneernetwork.net/wp-content/uploads/2016/10/Definitions-of-Common-Terms-Used-in-Long-Term-Care-and-Culture-Change.pdf>

Rodrigues, R., K. Schulmann, A. Schmidt, N. Kalavrezou y M. Matsaganis (2013). *The indirect costs of long-term care*. Research Note 8/2013, European Commission. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/1498>

Roqué, M., A. Fassio, C. Arias y R. Croas (2015). *Residencias de larga estadía para adultos mayores en Argentina: relevamiento y evaluación*. https://www.algec.org/biblioteca/RESIDENCIAS_LARGA-ESTADIA.pdf

Scheil-Adlung, X. (2018). *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*. ESS – Working Paper N° 50. Geneva: International Labour Organization. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor [Chile] (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago: SENAMA. <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>

Sistema de Cuidados [Uruguay] (2020). *Cuidados rinde cuentas – Marzo 2020*. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/datos-y-estadisticas/estadisticas/cuidados-rinde-cuentas-marzo-2020>

Stampini, M., M. L. Oliveri, P. Ibararán, D. Londoño, H. J. S. Rhee y G. M. James (2020). *Working Less to Take Care of Parents?: Labor Market Effects of Family Long-Term Care in Latin America*. (IDB Working Paper N° 10696). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002738>

Stampini, M., M. L. Oliveri, P. Ibararán y C. Flores (2022). “Who Works Less when a Parent Needs Long-Term Care? Gender Disparities in Labor Market Effects in Mexico”. *Journal of Long-Term Care*. <http://doi.org/10.31389/jltc.116>

Swartz, K. (2013). “Searching for a balance of responsibilities: OECD countries' changing elderly assistance policies”. *Annual Review of Public Health*, 34:39-412. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114505>

UN Women y ECLAC (2021). *Towards the construction of Comprehensive Care Systems in Latin America and the Caribbean: Elements for implementation*. New York: UN. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/11/TowardsConstructionCareSystems_Nov15-21%20v04.pdf

United Nations (2019). *World Population Prospects 2019*. New York: UN. <https://population.un.org/wpp/>

Villalobos Dintrans, P. (2018). “Is aging a problem?: Dependency, long-term care, and public policies in Chile”. *RPSP Revista Panamericana de Salud Pública*, 42:e168. OPS – PAHO. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.168>

Villalobos Dintrans, P. (2019a). “Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos”. *Revista Médica de Chile*, 147(1):83-90. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000100083>

- Villalobos Dintrans, P. (2019b). Informal caregivers in Chile: the equity dimension of an invisible burden. *Health Policy and Planning*, 34:792-799. [https://doi.org/ 10.1093/heapol/czz120](https://doi.org/10.1093/heapol/czz120)
- Villalobos Dintrans, P. (2020). Designing Long-Term Care Systems: Elements to Consider. *Journal of Aging and Social Policy*, 32(1):83-99. <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1685356>
- Villalobos Dintrans, P. y E. González Bautista (2020). “Functional Dependency in Mexico: Measurement Issues and Policy Challenges”. *IJHPM International Journal of Health Policy and Management*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.248>
- Villalobos Dintrans, P., M. Mathur, E. González Bautista, J. Browne, C. Hommes y E. Vega (2021). “Implementing long-term care systems in the Americas: a regional strategy”. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 45:e86. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.86>
- WHO – Organización Mundial de la Salud (2020a). *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true
- WHO – Organización Mundial de la Salud (2020b). *Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision Into Action*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>
- WHO – Organización Mundial de la Salud (2021). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care for older people*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349911/9789240038844-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Apéndice 1. Estimaciones de requerimientos de recursos humanos para el cuidado por país en 2020, 2035 y 2050

Pais / Año	Cuidadores (as) familiares/ informales/ no remunerados	Cuidadores (as) formales/ remunerados/ de respiro	Profesionales de salud: ayudante de enfermería	Profesionales de salud: enfermería	Profesionales de salud: medicina	Coordinadores de cuidado	Profesionales de salud: kinesiología	Profesionales de salud: terapia ocupacional	Profesionales de salud: nutrición	Profesionales de salud: fonoaudiología
Argentina										
2020	398.810	49.254	210.065	59.286	12.681	5.260	18.034	2.255	2.818	2.255
2035	563.675	69.615	296.905	83.792	17.923	7.434	25.488	3.186	3.983	3.186
2050	806.606	99.617	424.864	119.905	25.646	10.639	36.473	4.560	5.699	4.560
Bahamas										
2020	4.607	570	2.427	687	148	61	209	27	33	27
2035	9.048	1.118	4.766	1.346	288	120	410	52	64	52
2050	13.770	1.701	7.254	2.048	439	183	623	78	98	78
Barbados										
2020	8.360	1.033	4.405	1.245	267	111	378	48	60	48
2035	12.307	1.521	6.483	1.830	393	163	557	70	87	70
2050	15.198	1.878	8.007	2.260	485	202	688	86	108	86
Belice										
2020	3.220	398	1.697	480	104	44	146	19	23	19
2035	6.515	806	3.432	970	209	87	295	37	47	37
2050	12.239	1.512	6.447	1.821	391	163	554	70	87	70
Bolivia										
2020	125.160	15.458	65.927	18.607	3.981	1.652	5.660	708	885	708
2035	201.216	24.851	105.987	29.913	6.399	2.654	9.099	1.138	1.422	1.138
2050	303.938	37.537	160.094	45.182	9.665	4.009	13.744	1.718	2.148	1.718
Brasil										
2020	2.131.503	263.242	1.122.725	316.854	67.769	28.112	96.381	12.048	15.060	12.048
2035	3.994.220	493.288	2.103.872	593.752	126.993	52.678	180.609	22.577	28.221	22.577
2050	6.434.346	794.645	3.389.157	956.482	204.573	84.859	290.945	36.369	45.461	36.369
Chile										
2020	282.588	34.900	148.849	42.009	8.986	3.727	12.778	1.598	1.997	1.598
2035	493.820	60.988	260.110	73.409	15.701	6.514	22.330	2.792	3.489	2.792
2050	770.642	95.176	405.920	114.559	24.503	10.164	34.847	4.356	5.445	4.356
Colombia										
2020	625.306	77.227	329.367	92.954	19.882	8.248	28.275	3.535	4.418	3.535
2035	1.198.329	147.995	631.196	178.136	38.101	15.805	54.186	6.774	8.467	6.774
2050	1.981.690	244.740	1.043.814	294.584	63.007	26.137	89.607	11.201	14.002	11.201
Costa Rica										
2020	85.452	10.554	45.011	12.704	2.718	1.128	3.864	483	604	483
2035	165.174	20.400	87.003	24.554	5.253	2.179	7.469	934	1.167	934
2050	255.571	31.564	134.617	37.993	8.127	3.372	11.557	1.445	1.806	1.445
Ecuador										
2020	206.330	25.483	108.681	30.673	6.561	2.722	9.330	1.167	1.458	1.167
2035	382.909	47.291	201.690	56.922	12.176	5.050	17.315	2.165	2.706	2.165
2050	641.850	79.269	338.082	95.413	20.408	8.466	29.023	3.628	4.535	3.628
El Salvador										
2020	29.729	3.673	15.660	4.422	948	393	1.345	169	211	169
2035	45.949	5.676	24.204	6.832	1.462	607	2.078	260	325	260
2050	69.128	8.538	36.413	10.277	2.199	912	3.126	391	489	391
Guatemala										
2020	146.135	18.048	76.975	21.724	4.648	1.928	6.608	826	1.033	826
2035	257.022	31.743	135.382	38.208	8.173	3.390	11.622	1.453	1.816	1.453
2050	485.885	60.008	255.931	72.229	15.449	6.409	21.971	2.747	3.433	2.747
Guyana										
2020	8.330	1.029	4.389	1.240	266	111	377	48	59	48
2035	15.290	1.890	8.054	2.275	488	203	692	87	109	87
2050	20.984	2.593	11.054	3.121	669	278	949	119	149	119
Haití										
2020	83.650	10.332	44.061	12.435	2.661	1.105	3.783	473	591	473
2035	129.973	16.053	68.461	19.322	4.134	1.715	5.877	735	919	735
2050	210.500	25.998	95.233	27.553	5.753	2.468	8.727	1.105	1.415	1.105
Honduras										
2020	81.267	10.037	36.766	10.662	3.230	1.370	4.812	601	758	601
2035	156.002	19.267	70.577	20.296	5.396	2.468	8.913	1.132	1.452	1.132
2050	299.809	37.028	135.637	38.941	11.806	5.229	17.503	2.263	2.870	2.263
Jamaica										
2020	44.913	5.548	20.321	6.015	1.712	731	2.470	311	395	311
2035	67.726	8.365	30.641	9.387	2.706	1.126	3.745	473	599	473
2050	94.869	11.718	42.921	13.966	4.045	1.634	5.286	674	860	674

País / Año	Cuidadores (as) familiares/ informales/ no remunerados	Cuidadores (as) formales/ remunerados/ de respiro	Profesionales de salud: ayudante de enfermería	Profesionales de salud: enfermería	Profesionales de salud: medicina	Coordinadores de cuidado	Profesionales de salud: kinesiología	Profesionales de salud: terapia ocupacional	Profesionales de salud: nutrición	Profesionales de salud: fonoaudiología
México										
2020	2.471.382	305.218	1.301.749	367.377	78.576	32.595	111.750	13.969	17.461	13.969
2035	4.386.299	541.710	2.310.391	652.035	139.458	57.849	198.337	24.793	30.991	24.793
2050	7.276.867	898.696	3.832.936	1.081.724	231.359	95.972	329.041	41.131	51.413	41.131
Nicaragua										
2020	58.110	7.178	26.292	26.932	9.462	2.411	6.301	6.294	1.974	1.954
2035	110.359	13.630	49.928	51.144	17.965	4.575	11.965	11.950	3.744	3.707
2050	206.398	25.491	93.376	95.651	33.600	8.557	22.376	22.348	7.001	6.932
Panamá										
2020	62.689	7.742	33.021	9.320	1.995	828	2.835	355	443	355
2035	116.859	14.433	61.554	17.373	3.717	1.542	5.285	661	826	661
2050	193.567	23.906	101.958	28.776	6.155	2.554	8.753	1.095	1.368	1.095
Paraguay										
2020	28.644	3.539	15.089	4.259	913	378	1.296	162	203	162
2035	49.012	6.054	25.817	7.288	1.560	647	2.217	278	347	278
2050	74.503	9.202	39.244	11.077	2.371	983	3.369	422	527	422
Perú										
2020	404.410	49.946	213.016	60.118	12.859	5.334	18.287	2.286	2.858	2.286
2035	719.225	88.825	378.838	106.916	22.868	9.487	32.522	4.066	5.082	4.066
2050	1.193.373	147.382	628.585	177.399	37.943	15.739	53.962	6.746	8.432	6.746
República Dominicana										
2020	90.274	11.150	47.551	13.421	2.871	1.192	4.082	511	638	511
2035	161.265	19.917	84.945	23.974	5.128	2.128	7.292	912	1.140	912
2050	259.292	32.024	136.577	38.545	8.245	3.420	11.725	1.466	1.832	1.466
Surinam										
2020	7.557	934	3.981	1.124	241	101	342	43	54	43
2035	12.854	1.589	6.771	1.912	411	171	582	73	91	73
2050	18.587	2.296	9.791	2.765	592	246	841	106	132	106
Trinidad y Tobago										
2020	27.411	3.386	14.439	4.076	872	363	1.240	155	194	155
2035	43.357	5.355	22.838	6.447	1.381	573	1.961	246	307	246
2050	57.509	7.103	30.292	8.551	1.830	760	2.601	326	407	326
Uruguay										
2020	50.039	6.181	26.357	7.440	1.592	661	2.263	283	354	283
2035	61.540	7.601	32.417	9.149	1.958	813	2.783	348	435	348
2050	77.278	9.544	40.705	11.488	2.458	1.021	3.495	437	546	437
Venezuela										
2020	378.999	46.808	199.631	56.341	12.051	5.000	17.138	2.143	2.678	2.143
2035	676.619	83.564	356.395	100.582	21.514	8.924	30.595	3.825	4.781	3.825
2050	1.023.724	126.431	539.226	152.180	32.549	13.502	46.291	5.787	7.233	5.787

Fuente: Elaboración propia.