

Opciones de financiamiento de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe

Beatrice Fabiani
Joan Costa-Font
Natalia Aranco
Marco Stampini
Pablo Ibararán

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-2473

Opciones de financiamiento de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe

Beatrice Fabiani
Joan Costa-Font
Natalia Aranco
Marco Stampini
Pablo Ibararán

Junio 2022

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

Opciones de financiación de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe / Beatrice Fabiani, Joan Costa-Font, Natalia Aranco, Pablo Ibararán, Marco Stampini.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2473)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Latin America-Finance. 2. Older people-Services for-Caribbean Area-Finance. 3. Older people-Care-Latin America-Finance. 4. Older people-Care-Caribbean-Finance Area. 5. Continuum of care-Latin America-Finance. 6. Continuum of care-Caribbean Area-Finance. 7. Latin America-Social policy. 8. Caribbean Area-Social policy. I. Fabiani, Beatrice. II. Costa-i-Font, Joan. III. Aranco, Natalia. IV. Ibararán, Pablo. V. Stampini, Marco. VI. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VII. Serie. IDB-TN-2473

<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

Opciones de financiamiento de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe

Beatrice Fabianiⁱ, Joan Costa-Fontⁱⁱ, Natalia Arancoⁱ, Marco Stampiniⁱ y Pablo Ibararánⁱ

Resumen¹

Los cambios demográficos y sociales que se están produciendo en América Latina y el Caribe han llevado a muchos países de la región a incorporar en sus agendas de política social la atención a la dependencia de largo plazo. No obstante, la implementación de dichas políticas presenta importantes desafíos, entre los que se destacan la estimación del costo de los servicios y la definición de las fuentes de financiamiento que aseguren su viabilidad y sostenibilidad financiera. Contar con estas estimaciones se dificulta debido a la falta de datos sobre la demanda potencial, el escaso nivel de desarrollo de los servicios y la fragmentación de la oferta existente. La presente nota contribuye a llenar este vacío de información, al estimar el costo potencial de cuatro paquetes de servicios de atención a la dependencia con distintos niveles de cobertura (baja, media, alta y completa) para 17 países de la región. Se evalúa asimismo la viabilidad de los diferentes mecanismos de financiamiento con la finalidad de identificar las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, tomando en cuenta el contexto específico de cada país.

Palabras clave: cuidados de larga duración; atención a la dependencia; envejecimiento poblacional; América Latina y el Caribe; aseguramiento social; finanzas públicas.

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18, O54

ⁱ Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud.

ⁱⁱ London School of Economics and Political Science (LSE).

¹ Los autores agradecen a Nadin Medellín por sus valiosos comentarios a esta nota. El documento fue editado profesionalmente por Alejandra Adoum. Los errores y omisiones son responsabilidad de los autores. 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

El diseño de políticas de atención a la dependencia cobra cada vez mayor relevancia en la agenda de políticas sociales en América Latina y el Caribe. Varios países han aprobado —o están en proceso de hacerlo— marcos legislativos de sistemas de cuidados para personas mayores en situación de dependencia.² La implementación de estos sistemas, sin embargo, presenta importantes desafíos, entre los que se destacan el análisis de su costo y sostenibilidad financiera. Es decir, estimar de cuántos recursos se requiere para establecer un sistema de atención a la dependencia de largo plazo, e identificar cuáles son posibles mecanismos de financiamiento que a la vez permitan asegurar un presupuesto que garantice su factibilidad y sostenibilidad en el tiempo.

Este estudio presenta una discusión crítica de la factibilidad de diferentes mecanismos de financiamiento de sistemas de atención a la dependencia en los países de la región. En primer lugar, estimamos el costo potencial de brindar cuatro diferentes paquetes de servicios, con niveles de cobertura baja, media, alta y completa para 17 países. Seguidamente, analizamos la factibilidad de distintas alternativas de financiamiento público (con particular enfoque en las opciones de aseguramiento social e imposición general), resaltando las ventajas y desventajas de cada mecanismo específico.

Partimos del supuesto de que el financiamiento de los servicios de atención a la dependencia normalmente supone un acuerdo (ya sea implícito o explícito) entre el Estado, el mercado y las unidades familiares. Como resultado de este acuerdo, cada país configura la intensidad de la intervención pública, así como la carga económica que recae en las familias (Costa-Font y Zigante, 2020). No obstante, cabe diferenciar a grandes rasgos los acuerdos que se enfocan en la división de costos mediante la promoción de la contratación de servicios en el mercado o en la comunidad, de aquellos que incentivan el cuidado informal a través de transferencias monetarias (*ibid.*). Esta última modalidad, si bien puede resultar más económica, no solo tiende a perpetuar la división del trabajo no remunerado basado en género, sino que no garantiza la calidad del cuidado ofrecido (Cafagna et al., 2019; Costa-Font et al., 2018) y puede dar lugar a ineficiencias en el caso de que parte de la ayuda no se invirtiera en servicios de atención a la dependencia (Costa-Font y Vilaplana, 2017). Debido a ello, esta nota se enfoca en el financiamiento de la provisión de servicios de cuidados formales financiados por el Estado, ya sea de manera directa o indirecta (a través de *vouchers* o transferencias que tengan como objetivo específico la contratación de servicios en el mercado).

Este informe se organiza de la siguiente manera. En la próxima sección, después de presentar algunas cuestiones conceptuales, analizamos los datos disponibles respecto del gasto actual en cuidados de largo plazo en América Latina y el Caribe, y los comparamos con algunos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) donde, en general, los servicios de cuidados se encuentran relativamente más desarrollados. En la sección 3, presentamos distintos escenarios de necesidades de financiamiento para 17 países de la región, así como una proyección hasta el año 2050 de tales necesidades. La sección 4 aborda la factibilidad de las diferentes opciones de financiamiento en cada país, con sus principales ventajas y desventajas. En la sección 5 discutimos algunos mecanismos de contención de costos, que incluyen la coparticipación de los usuarios de los servicios

² Si bien en varios países se incluye también a niños e incluso adolescentes que requieren de apoyo para la vida diaria, en esta nota nos referimos principalmente a las personas mayores en situación de dependencia funcional.

en el financiamiento. Por último, en la sección 6, nos referimos a las limitaciones de nuestras estimaciones y concluimos con algunas recomendaciones de política social.

2. El gasto corriente en atención a la dependencia en los países de América Latina y el Caribe, en comparación con los países de la OCDE

Según la definición de la OCDE (2020a), los gastos en atención a la dependencia incluyen, por lo general, un componente de salud y un componente social. Dentro del primero se incluyen ciertos cuidados médicos y de enfermería (administración de medicamentos, curación de heridas, actividades de rehabilitación, etc.), así como la asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (comer o bañarse, por ejemplo). Dentro del componente social se incluye la asistencia en las actividades instrumentales de la vida diaria (como hacer las compras o cocinar).

Los datos disponibles en América Latina y el Caribe no permiten realizar esta desagregación, lo que dificulta la comparación con otros países. Para fines de esta nota, cuando estimamos las necesidades de financiamiento (sección 3) nos referimos exclusivamente a la asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, lo que ofrece una estimación conservadora de las necesidades de financiamiento.

Si bien no se cuenta con datos completos acerca del gasto corriente de los países de la región en servicios de atención a la dependencia, sí se conocen algunas estimaciones puntuales. Por ejemplo, la OCDE estima que en 2018 Chile y México gastaron alrededor del 0.1% del PIB en cuidados de largo plazo;³ estas estimaciones incluyen tanto el gasto proveniente del sector público como el realizado por los hogares (OCDE, 2020b). En Uruguay, en 2017, el gasto público en servicios de cuidados para personas en situación de dependencia ascendía a 0.04% del PIB. En esta última cifra se incluyen prestaciones a otras poblaciones en situación de dependencia, más allá de las personas mayores, como las personas con discapacidad menores de 30 años y la primera infancia (Cafagna et al., 2019). El general, estos niveles de gasto corresponden a niveles de cobertura y calidad relativamente bajos (Aranco et al., 2022).

Estas cifras son sustancialmente más bajas que las reportadas por varios países de la OCDE, los cuales, en promedio en 2018, destinaron 1.5% del PIB a financiar cuidados de largo plazo, monto equivalente a 750 dólares por usuario (OCDE, 2020a). Entre los países de la OCDE capaces de distinguir entre los componentes sociales y de salud, este último representó 70% del total. El promedio esconde realidades muy heterogéneas, con gastos que oscilan entre el 3.9% del PIB en Holanda, el 2.1% en Alemania, el 0.9% en Italia y Portugal y el 0.01% en Bulgaria (CE, 2021). La principal diferencia radica en la formalidad de los cuidados y los recursos públicos que se les destina. Por ejemplo, en países como Holanda y los países escandinavos, un alto porcentaje de los servicios de cuidados es formal y el presupuesto público los cubre en gran parte a través de cuidados domiciliarios. En cambio, en aquellos países donde las unidades familiares asumen el costo de los servicios, ya sea informalmente o a través de mecanismos de mercado, el gasto público es menor y, además, el subsidio público tiende a materializarse a través de prestaciones monetarias (Rodrigues et al., 2013).

³ Es importante aclarar que, entre los países de la OCDE, Chile y México no reportaron información oficial sobre el gasto en cuidados de largo plazo, y que estos datos proporcionan valores estimativos. En ambos casos, se considera que esta información subestima el costo total del sistema.

3. Necesidades de financiamiento en América Latina y el Caribe

Estimaciones existentes

En general, las estimaciones del costo de un sistema de atención a la dependencia pueden adoptar dos enfoques. Por un lado, de la Maisonneuve y Oliveira Martins (2013, 2015) utilizan un enfoque *top-down*, o macro, estimando el costo del sistema de atención a partir de las cuentas nacionales en los países de la OCDE. Por otro lado, distintos autores (Matus-López y Cid Pedraza, 2014; Matus-López, 2017; Matus-López, 2018; González-González et al., 2019) consideran un enfoque *bottom-up*, o micro, donde la estimación se basa en el costo observado de los servicios, aplicado a niveles programados de cobertura. Este último es el enfoque que utilizamos en este estudio.

En Chile, Matus-López y Cid Pedraza (2014) estiman el costo anual de un modelo de cuidado domiciliario que cubre al 20% de las personas mayores de 65 años con dependencia moderada y severa. El modelo incluye distintas combinaciones de horas y tipos de atención, y su costo estimado representa el 0.45% del PIB en 2012. Debido al envejecimiento de la población, el costo habría sido 30% superior en 2020, alcanzando el 0.58% del PIB.

En México, González-González et al. (2019) estiman que en 2013 el costo de un sistema de atención a la dependencia se ubicaba en el rango de 0.13% a 0.34% del PIB, dependiendo del nivel de cobertura. En Uruguay, Matus-López (2017) proporciona estimaciones del modelo existente en el país, examinando distintos escenarios. Concluye que de haberse implementado con una cobertura del 60% de las personas con dependencia severa, el costo ascendería a 0.19% del PIB (en valores de 2017).

En el caso de Costa Rica, cuyas estimaciones se utilizan como referencia en este trabajo, Matus-López (2018) considera un modelo que entrega los siguientes servicios: (i) cuidado domiciliario (80 horas mensuales con una cobertura del 80% de las personas con dependencia severa); (ii) atención en centros diurnos (con una cobertura del 10% de las personas con dependencia moderada y severa); (iii) teleasistencia (para el 50% de las personas con dependencia moderada); (iv) residenciales (suponiendo la formalización de toda la población actualmente institucionalizada). Bajo estos supuestos, estima que el costo del sistema equivale al 0.35% del PIB en 2018 (con un margen de variación entre 0.28% y 0.43%).

La Política Nacional de Cuidados 2021-2031 de Costa Rica considera la implementación de un Modelo Base de Atención con una cobertura del 55.9% del total de personas con dependencia y del 88.7% de personas con dependencia grave y moderada. El costo estimado del sistema, que incluye cuidado domiciliario, residencias, centros de día y teleasistencia, es del 0.48% del PIB en 2018 (IMAS, 2021).

En siete países de la región (Argentina, Chile, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay), Medellín (2020) estima que un sistema de atención a la dependencia dirigido a los adultos de 60 años y más en situación de dependencia con una cobertura total, costaría entre 0.5 y 1.0% del PIB.

Nuestras estimaciones

En esta sección, estimamos el costo potencial de diferentes paquetes de servicios para 17 países de la región, con base en estimaciones actualizadas de la prevalencia de la dependencia funcional

(Tabla 1). Definimos la población objetivo como las personas mayores de 65 años que tienen dificultad o necesitan ayuda con al menos una actividad básica de la vida diaria, según las estimaciones de Aranco, Ibararán y Stampini (2022).⁴ Consideramos cuatro escenarios de cobertura: baja (35%), media (50%), alta (70%), y completa (100%). La oferta de servicios abarca residencias, cuidado domiciliario, centros de día, y teleasistencia. La Tabla I.1 del Anexo I presenta las distintas combinaciones de servicios para cada uno de los escenarios de cobertura.

Para las residencias y los centros de día, tomamos como referencia los valores de costos proporcionados por Matus-López (2018) en el caso de Costa Rica, ajustándolo por cada país con base en las diferencias en el costo de la mano de obra. Por ejemplo, el costo de los centros de día en Argentina se calcula como el costo de los centros de día en Costa Rica multiplicado por la ratio entre el salario medio mensual en Argentina y el salario mensual en Costa Rica. Esta metodología asume que los recursos humanos representan el principal componente del costo de estos servicios, en comparación con la infraestructura u otros costos de funcionamiento.⁵

Para el cuidado domiciliario, asumimos que los beneficiarios reciben asistencia durante 8 horas diarias. El costo del servicio equivaldría, por lo tanto, al salario promedio mensual de los cuidadores domiciliarios en cada país. Desafortunadamente, no contamos con datos sobre el costo de la mano de obra en el rubro de cuidados por país, por lo que optamos por considerar el salario promedio de la economía. Para el costo de la teleasistencia, utilizamos los valores proporcionados por Benedetti et al. (2022).

El costo del sistema de atención a la dependencia de larga duración está definido por la suma del costo total de la atención en residencias, cuidado domiciliario, centros de día y teleasistencia, según los diferentes paquetes de servicios y la cobertura establecida para cada escenario. Además, añadimos un 20% de otros costos administrativos y de funcionamiento.⁶ El Anexo I presenta en detalle la metodología utilizada para calcular los costos de cada servicio y la necesidad total de financiamiento de los países.

El gasto promedio para implementar un sistema en un escenario de baja cobertura representa aproximadamente 0.27% del PIB (Tabla 1). La Tabla 1 evidencia un alto grado de heterogeneidad entre países. En el escenario de baja cobertura, el gasto varía desde el 0.11% del PIB en Paraguay hasta el 0.56% del PIB en Bolivia. Esta variabilidad se debe a las diferencias en la prevalencia de la dependencia funcional y su medición (que determina la cantidad de usuarios de los servicios), el costo de la fuerza de trabajo (que es el principal componente del costo unitario de los servicios) y el PIB. En Bolivia, por ejemplo, la combinación de un alto costo de la fuerza de trabajo en relación al PIB, altas tasas de dependencia, y un menor PIB, en términos relativos, hace que los servicios de cuidados sean comparativamente más caros que en otros países.

⁴ Esto es coherente con la definición de dependencia funcional adoptada, por ejemplo, por OMS (2004) y Aranco et al. (2018).

⁵ O, alternativamente, que el costo del trabajo representa un buen factor de ajuste también para los costos de infraestructura y funcionamiento.

⁶ Estos costos se refieren al costo del personal administrativo y suministros, tecnologías de información y otros gastos generales.

Tabla 1. Costo de un sistema de atención a la dependencia (% PIB), 2019

País	Baja cobertura (35%)	Media cobertura (50%)	Alta cobertura (70%)	Cobertura total (100%)
Argentina	0.16	0.29	0.46	0.71
Bolivia	0.56	1.02	1.63	2.54
Brasil	0.21	0.38	0.61	0.95
Chile (2017)	0.25	0.45	0.71	1.11
Colombia	0.30	0.54	0.87	1.35
Costa Rica	0.33	0.61	0.97	1.51
Ecuador	0.34	0.62	0.99	1.55
El Salvador	0.14	0.25	0.40	0.62
Guatemala	0.32	0.58	0.92	1.44
Guyana	0.19	0.34	0.55	0.85
Honduras	0.45	0.80	1.28	1.99
México (2018)	0.30	0.54	0.86	1.34
Panamá	0.25	0.46	0.73	1.14
Paraguay	0.11	0.21	0.33	0.52
Perú	0.29	0.52	0.83	1.30
República Dominicana	0.13	0.23	0.37	0.57
Uruguay	0.22	0.40	0.64	1.01
<i>Promedio no ponderado</i>	0.27	0.48	0.77	1.21

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Las estimaciones se refieren al año 2019, salvo en los casos de México (2018) y Chile (2017), debido a la falta de datos actualizados sobre el número de ocupados cotizantes a la seguridad social, variable necesaria para el cálculo. Los datos para realizar las estimaciones del costo del sistema provienen del BID (2022) y Banco Mundial (2022).

Necesidad de financiamiento en el largo plazo

Al considerar las distintas opciones de financiamiento de los servicios de cuidados es importante destacar que en esta nota estamos interesados en servicios cuyo costo sea *sostenible en el tiempo*, sobre todo en un contexto en el que el gasto total en cuidados seguramente tiende a incrementarse en el futuro, debido tanto a factores demográficos como no demográficos (de la Maisonneuve y Oliveira Martins, 2015). Por un lado, los aspectos demográficos están relacionados con el número de personas en situación de dependencia entre la población, cuya evolución depende de las potenciales ganancias en longevidad (en particular, luego de los 75 años) y de qué parte de estas ganancias se traduce en años con buena salud. Esto último, a su vez, dependerá (al menos en parte) del gasto en salud que realicen los países. Por otro lado, los aspectos no demográficos están asociados a variaciones en el ingreso, evolución en el costo del trabajo de los cuidadores (respecto del costo de otros empleos)⁷ y cambios en la oferta informal de cuidado, especialmente en respuesta a la participación laboral

⁷ Según el efecto Baumol, la producción de algunos servicios (especialmente salud, educación y transporte) se caracteriza por un estancamiento de la productividad debido a razones estructurales. Considerando que estos sectores compiten con otras áreas (p.ej. manufactura) en las que la productividad aumenta en el tiempo, esto produce un encarecimiento en términos relativos de ambos sectores.

femenina (*ibid.*). En este estudio adoptamos un enfoque simplificado y consideramos solamente los efectos del aumento de la población mayor y de la prevalencia de la dependencia funcional en este grupo, con base en datos de Aranco, Ibararán y Stampini (2022). Mantenemos constante el costo unitario de los servicios, en términos reales.

La Tabla 2 muestra las proyecciones a 2050 para los distintos escenarios de cobertura. En promedio, estimamos que el costo de un sistema que cubra al 70% de la población mayor de 65 años en situación de dependencia representará el 2.21% del PIB en 2050. El incremento respecto de 2020 excede 1.5 puntos porcentuales del PIB. En comparación con otras regiones, la Unión Europea estima que el costo promedio de un sistema será aproximadamente del 3% del PIB en 2070 (CE, 2018).

Tabla 2. Proyecciones del costo del sistema en el largo plazo (%PIB), 2050

País	Baja cobertura (35%)	Media cobertura (50%)	Alta cobertura (70%)	Cobertura total (100%)
Argentina	0.32	0.58	0.92	1.44
Bolivia	1.37	2.48	3.96	6.17
Brasil	0.63	1.15	1.83	2.85
Chile (2017)	0.67	1.22	1.94	3.04
Colombia	0.96	1.72	2.75	4.29
Costa Rica	1.00	1.81	2.90	4.52
Ecuador	1.07	1.93	3.08	4.81
El Salvador	0.32	0.58	0.93	1.45
Guatemala	1.07	1.93	3.07	4.79
Guyana	0.48	0.87	1.38	2.15
Honduras	1.64	2.96	4.72	7.35
México (2018)	0.88	1.59	2.54	3.96
Panamá	0.78	1.42	2.26	3.54
Paraguay	0.30	0.54	0.86	1.34
Perú	0.85	1.54	2.46	3.84
República Dominicana	0.37	0.66	1.05	1.64
Uruguay	0.34	0.62	1.00	1.55
<i>Promedio no ponderado</i>	<i>0.77</i>	<i>1.39</i>	<i>2.21</i>	<i>3.45</i>

Fuente: Elaboración propia.

4. Opciones de financiamiento tradicionales

El financiamiento puede ocurrir *antes de que se produzca la necesidad de cuidados (ex ante)*. Es el caso de sistemas de seguros, ahorros y prevención. Alternativamente, el financiamiento puede ocurrir *después de que se produce la necesidad de cuidados*, para cubrirlos (*ex post*), como en los sistemas de financiamiento con impuestos generales (Costa-Font et al., 2015).

Entre los países con modelos de financiamiento *ex ante*, los modelos de seguros cubren solo a una parte de la población, tanto en los modelos de aseguramiento social (como los existentes en Alemania, Japón o Corea) como en los de aseguramiento privado (Singapur o Estados Unidos). En el primer caso, se cubre solamente a quienes cotizan a la seguridad social (esto es, a los trabajadores formales), por

lo que en general tienen que complementarse con algún tipo de financiamiento *ex post* para la población no cubierta. En el caso de modelos basados en el seguro privado, estos tienden a complementarse con financiamiento para la población que no puede financiar un seguro privado (como es el caso de Medicaid en Estados Unidos). También entre los modelos *ex ante*, cabe distinguir los sistemas centrados en el ahorro y el autofinanciamiento mediante pensiones privadas e hipotecas inversas.

Entre los modelos de financiamiento impositivo general (*ex post*) cabe distinguir entre modelos con universalidad en el diseño (Holanda, España, Escocia, países escandinavos) y, por otro lado, modelos en los que hay algún tipo de mecanismo para contener los costos, como las pruebas de medios (Italia o Reino Unido), las prestaciones parciales o copagos (Francia), o la cobertura exclusiva de riesgos catastróficos (recientemente propuesta en Reino Unido). En su diseño podrían separarse los sistemas financiados con impuestos nacionales, regionales o locales, pero en este estudio asumimos que las diferencias entre jurisdicciones no son relevantes en términos agregados.

En lo que sigue analizamos la factibilidad para los países de América Latina y el Caribe de financiar distintos paquetes de servicios bajo las tres modalidades más comunes en el mundo: aseguramiento social (*ex ante*), impuestos (*ex post*), y una combinación de ambos. Más adelante, presentamos otras opciones menos desarrolladas a nivel mundial, pero cuyo potencial vale la pena analizar para el caso de América Latina y el Caribe. Luego, en la sección 5, complementamos el análisis con los mecanismos de contención de costos más utilizados a nivel global.

Aseguramiento social

En esta sección discutimos la viabilidad de implementar un sistema financiado a través de contribuciones específicas a la seguridad social. En un sistema financiado bajo esta modalidad, se debería aumentar las tasas de contribución a la seguridad social de la población con empleo formal, a fin de que tenga acceso garantizado a los servicios en caso de necesidad; es decir, para esta población se crearía un sistema con cobertura completa (última columna en la Tabla 1). El sistema de seguro social tiene la ventaja de generar un derecho para la persona dependiente que contribuyó durante su vida laboral, a diferencia de un sistema de impuestos, que no la tiene.

Bajo el supuesto de que la prevalencia de la dependencia es independiente de la situación laboral de la persona (formal o informal), el costo del sistema enfocado únicamente en las personas con trabajo formal es igual al porcentaje del PIB presentado en la columna de cobertura completa en la Tabla 1, multiplicado por el porcentaje de la población en edad laboral que está empleada formalmente. Por ejemplo, si en Argentina el 30% de la población adulta tiene un empleo formal⁸ y un sistema cuesta 0.71% del PIB, por medio del aseguramiento social es necesario recaudar un 0.22% del PIB adicional. En este trabajo se considera que el financiamiento se da sobre la base de un sistema de reparto (*pay-as-you-go*) y no de capitalización individual, por lo que el envejecimiento de la población (y el consecuente aumento de las personas con dependencia) podría acarrear problemas de sostenibilidad financiera, algo que debería ser considerado en las proyecciones futuras. Además, cabe destacar que

⁸ Este dato se calculó utilizando el número de ocupados cotizantes a la seguridad social (en % de la población ocupada) y la tasa de empleo, definida como el porcentaje que resulta entre el total de personas ocupadas y la población en edad de trabajar (BID, 2022).

estamos considerando una cobertura individual de cada trabajador, sin hacer extensiones a cónyuges o demás dependientes.⁹

La viabilidad depende de la dimensión de estas contribuciones, que determina, por un lado, qué porcentaje de la población queda cubierta con este esquema de financiamiento y, por otro, la magnitud del incremento en la recaudación necesario para financiar el sistema. Si el sistema acaba cubriendo solo una parte pequeña de la población, su relevancia será limitada, o habrá que complementar el esquema de financiamiento por medio de otras fuentes (p. ej., imposición general, como discutimos más adelante en la subsección sobre el esquema mixto). Por otro lado, si el aumento necesario en la recaudación es significativo, su implementación puede no ser aceptable desde un punto de vista político.

En este análisis asumimos que la implementación del esquema de financiamiento es políticamente viable solo si el aumento necesario en la recaudación no excede el 5% (en relación con la recaudación de la seguridad social observada actualmente en cada país). Suponiendo tasas de contribución fijas (no progresivas) y ausencia de deducciones, este porcentaje corresponde al aumento necesario en las tasas de contribución existentes. Dicho de otra manera, aumentar las tasas en un 5% equivale a un aumento en la recaudación total del 5%. El umbral del 5% es arbitrario, y el análisis podría fácilmente ser replicado utilizando valores diferentes, y/o específicos por cada país. Sin embargo, representa un criterio simple de aplicar y ofrece indicaciones interesantes sobre la viabilidad de la reforma en cada contexto.

En la Tabla 3 se presentan las estimaciones del costo del aseguramiento social para la región y los recursos necesarios para financiar un sistema utilizando este mecanismo. Dadas las características del seguro social, todos aquellos que contribuyen al sistema tienen derecho a utilizar los servicios, por lo que la cobertura utilizada es del 100% de la población con empleo formal. Siguiendo el ejemplo anterior, la recaudación actual por concepto de seguridad social en Argentina equivale a 5.7% del PIB. El 0.22% del PIB necesario para financiar el sistema representa el 3.8% de la recaudación actual, por debajo del umbral de viabilidad política hipotetizado en 5%. Con base en este umbral, solamente cuatro de los 17 países considerados -Argentina, Brasil, El Salvador y Paraguay- pueden adoptar un mecanismo financiado vía aseguramiento social.

Cabe destacar que hay mucha variabilidad en la región en términos de recaudación por contribuciones a la seguridad social (0.1% en República Dominicana en comparación con 8.5% en Brasil). Esto, a priori, podría atribuirse a diferencias en las tasas de contribución o a diferencias en el porcentaje de la población que aporta (empleados formales), o a una combinación de ambas. Hay que considerar que si la base de aportantes es menor (debido a una alta incidencia del empleo informal), la proporción de personas cubiertas por este mecanismo también será menor.

En este sentido, es importante insistir en que el aseguramiento social solamente cubre a quienes contribuyen a la seguridad social, por lo que su relevancia es mayor en aquellos países donde es alto el porcentaje de personas con empleo formal. Por ejemplo, en Honduras o Guatemala un sistema con

⁹ La extensión a los miembros del hogar, por ejemplo al cónyuge, determinaría una mayor cobertura pero también un mayor costo. Nuestro supuesto ayuda a pensar en las implicaciones de género y sociales de atar el aseguramiento social de ciertos individuos a su situación familiar o conyugal. La equidad de estos arreglos se ve cuestionada, sobre todo en contextos donde las brechas de género en la participación laboral aún son importantes y las uniones conyugales formales y estables cada vez menos comunes.

este esquema de financiamiento cubrirá solamente al 11% de la población, mientras que en Uruguay la cobertura alcanzaría al 52% (Tabla 3, segunda columna).

Además, los bajos niveles de participación laboral y formalidad del empleo entre las mujeres determinan que un sistema basado en aseguramiento social cree diferencias importantes de acceso entre géneros. Por ejemplo, en Guatemala la cobertura de este sistema entre las mujeres sería la mitad que entre los hombres (Tabla 4). Si bien las brechas de género en el acceso a la protección social formal han disminuido durante los últimos años (OIT 2018), este sigue siendo un problema, particularmente en países como Chile, Costa Rica y El Salvador, según lo ilustrado en la Tabla 4.¹⁰

En este contexto, los gobiernos tendrán que considerar otros mecanismos de financiamiento para cubrir a quienes no han trabajado en el sector formal y para cerrar las brechas de género, además de llevar adelante políticas que incentiven el empleo femenino y la formalización del empleo en general.

¹⁰ Estos datos fueron calculados a partir de la información del Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo (<https://www.iadb.org/es/sectores/inversion-social/sims/inicio>) sobre los hombres y mujeres ocupados cotizantes a la seguridad social (en % de la población ocupada) y la tasa de empleo de hombres y mujeres.

Tabla 3. Viabilidad del financiamiento por medio de aseguramiento social

País	Personas en edad de trabajar que tienen empleo formal (%)	Costo del sistema para empleados formales (%PIB)	Ingresos tributarios por seguridad social (%PIB)(a)	Aumento % del ingreso por seguridad social necesario para financiar el sistema
Argentina	30.35	0.22	5.7	3.79
Bolivia	15.29	0.39	6.2	6.27
Brasil	40.11	0.38	8.5	4.46
Chile (2017)	43.62	0.49	1.5	32.37
Colombia	26.10	0.35	1.9	18.59
Costa Rica	42.47	0.64	8.1	7.92
Ecuador	26.29	0.41	5.5	7.39
El Salvador	16.97	0.11	2.7	3.91
Guatemala	11.55	0.17	2.2	7.56
Guyana	20.12	0.17	2.2	7.79
Honduras	11.46	0.23	3.4	6.72
México (2018)	21.59	0.29	2.2	13.18
Panamá	34.51	0.40	5.8	6.81
Paraguay	17.98	0.09	3.7	2.51
Perú	16.23	0.21	2.0	10.55
República Dominicana	29.40	0.17	0.1	168.00
Uruguay	51.92	0.52	7.7	6.79
<i>Promedio no ponderado</i>	26.82	0.31	4.1	18.51

Fuente: Elaboración propia con base en datos de BID (2022), OCDE et al. (2021); OCDE et al. (2019).

Nota: Las celdas en verde evidencian la factibilidad de los mecanismos en cada país. (a) Se incluyen aquí “los pagos obligatorios a las administraciones públicas que confieran un derecho a recibir una prestación social futura (contingente)”, como por ejemplo, seguro de desempleo, accidentes, pensiones por jubilación, invalidez, y sobrevivencia, o cobertura de salud. No se incluyen las aportaciones a planes de seguros privados, u otros tipos de esquemas que no impliquen aportaciones al gobierno general (OCDE et al. 2019, p. 318).

Tabla 4. Porcentaje del empleo formal para hombres y mujeres (% de empleados), 2019

Países	Mujeres	Hombres	Diferencia (puntos porcentuales)
Argentina	26.19	34.73	8.54
Bolivia	11.49	19.33	7.84
Brasil	34.76	45.86	11.09
Chile (2017)	35.68	52.43	16.75
Colombia	21.29	31.10	9.81
Costa Rica	30.88	54.89	24.01
Ecuador	21.72	31.03	9.30
El Salvador	11.30	23.62	12.33
Guatemala	7.51	16.15	8.64
Guyana	19.16	21.18	2.02
Honduras	9.60	13.61	4.01
México (2018)	16.20	27.49	11.28
Panamá	28.84	40.54	11.70
Paraguay	14.74	21.28	6.54
Perú	12.46	20.32	7.86
República Dominicana	26.82	32.14	5.32
Uruguay	47.46	56.49	9.03
<i>Promedio no ponderado</i>	21.61	30.82	9.77

Fuente: Elaboración propia con base en datos del BID (2022).

Imposición general

Como alternativa a un esquema de aseguramiento social, un país puede optar por financiar un sistema de atención a la dependencia, con una parte de su presupuesto cubierta por impuestos generales. Si no es posible realizar ahorros por eficiencia en la estructura existente del gasto, se puede tomar la decisión de aumentar la recaudación por medio de imposición general. Al igual que en la sección anterior, asumimos que esta ruta es políticamente viable si no requiere un aumento de los impuestos superior al 5% del nivel actual. De nuevo, suponiendo tasas de impuestos fijas (no progresivas) y ausencia de deducciones, esto equivale a un aumento de la recaudación de hasta el 5% de su nivel corriente.

A diferencia de los sistemas de seguros, la imposición general puede potencialmente financiar servicios para toda la población, incluso para aquellos que trabajan en el sector informal (aunque hay países que, como forma de contener los costos, imponen restricciones de elegibilidad basadas en la edad, el nivel de dependencia o el de ingreso de la persona en situación de dependencia). De esta forma, este mecanismo puede limitar el sesgo de género que se verifica en el caso de un sistema financiado a través del aseguramiento social. En la Tabla 5 se pueden observar los ingresos tributarios netos de la seguridad social para el año 2019.¹¹ Al igual que en el caso de los ingresos por contribuciones a la seguridad social, se observa una alta variabilidad entre los países de la región, desde un mínimo de

¹¹ Los ingresos totales netos de seguridad social se calcularon sumando los ingresos tributarios en las principales partidas tributarias, que incluyen ingresos y utilidades, nómina, propiedad, bienes y servicios y otros, sin incluir los ingresos recibidos por contribuciones a la seguridad social (OCDE et al., 2021; OCDE et al., 2019).

8.3% del PIB en Panamá hasta un máximo de 24.6% del PIB en Brasil. Se podría pensar que en países como Panamá o Paraguay, donde el total de los ingresos provenientes de impuestos es más bajo, sería políticamente más fácil aumentarlos. Al mismo tiempo, en estos países el aumento porcentual de los ingresos necesarios para financiar un sistema de atención a la dependencia será más alto, lo que complicaría la viabilidad política de la reforma.

Tabla 5. Ingresos tributarios neto de seguridad social, por categoría (% PIB), 2019

Países	Ingresos tributarios en las principales partidas					Total ingresos (netos de seguridad social)
	Ingresos y utilidades	Nómina	Propiedad	Bienes y servicios	Otros	
Argentina	5.1	0.0	2.6	15.0	0.2	22.9
Bolivia	4.0	0.0	0.2	12.1	2.2	18.5
Brasil	7.4	0.6	1.5	14.2	0.9	24.6
Chile (2017)	7.0	0.0	1.1	11.0	-0.4	18.7
Colombia	6.4	0.3	1.8	8.5	0.9	17.9
Costa Rica	4.9	1.4	0.4	8.2	0.5	15.4
Ecuador	4.3	0.0	0.3	10.0	0.0	14.6
El Salvador	7.0	0.1	0.2	10.5	0.3	18.1
Guatemala	3.7	0.2	0.2	6.8	0.0	10.9
Guyana	8.8	0.0	0.5	11.6	0.2	21.1
Honduras	5.6	0.2	0.6	11.3	0.8	18.5
México (2018)	7.1	0.4	0.3	5.8	0.2	13.8
Panamá	3.7	0.2	0.3	4.1	0.0	8.3
Paraguay	2.5	0.0	0.2	7.4	0.1	10.2
Perú	6.1	0.0	0.4	7.8	0.3	14.6
República Dominicana	4.3	0.1	0.6	8.5	0.0	13.5
Uruguay	7.6	0.0	2.2	11.4	0.2	21.4
<i>Promedio no ponderado</i>						
América Latina y Caribe	5.6	0.2	0.8	9.7	0.4	16.6
OCDE	11.3	0.5	1.8	10.8	0.2	24.6

Fuente: OCDE et al. (2021); OCDE et al. (2019).

Los ingresos tributarios en América Latina y el Caribe se recaudan principalmente en el nivel central o federal, y representan más de dos tercios del total de los ingresos del sector público. Esta cifra es apenas mayor que la que se observa en países de la OCDE, donde dichos ingresos representan el 60% del total (OCDE et al., 2021).

Para estimar cuánto debería aumentar la presión fiscal con el propósito de incrementar los ingresos tributarios necesarios para financiar el sistema, utilizamos la información sobre los costos presentados en la Tabla 1 y los ingresos tributarios netos de seguridad social que figuran en la Tabla 5. Por ejemplo, si el costo estimado del sistema es de 0.16% del PIB en Argentina, los ingresos tributarios deben aumentar en 0.69% (0.16% dividido entre 22.9%, que representan los ingresos totales netos de seguridad social).

Suponiendo un escenario de baja cobertura (35%), la última columna de la Tabla 6 muestra que el financiamiento de un sistema por medio de un aumento de la imposición general es viable en todos los países considerados (en todos los casos, los ingresos tributarios deben aumentar menos del 5%).

En contraste, en un escenario de alta cobertura (70%) esta opción de financiamiento es viable solo en nueve países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guyana, Paraguay, República Dominicana y Uruguay). En el caso de media cobertura (50%), este mecanismo de financiamiento es viable en otros cinco países (Costa Rica, Ecuador, Honduras, México y Perú). En el Anexo II se presentan los cálculos correspondientes a los escenarios de media y alta cobertura.

Tabla 6. Viabilidad del financiamiento por medio de imposición general - Baja cobertura (35%)

Países	Costo del sistema (% PIB)	Ingresos tributarios en las principales partidas (neta de seguridad social) (%PIB)	Aumento % en los ingresos tributarios (netos de seguridad social)
Argentina	0.16	22.90	0.69
Bolivia	0.56	18.50	3.05
Brasil	0.21	24.60	0.85
Chile (2017)	0.25	18.70	1.32
Colombia	0.30	17.90	1.68
Costa Rica	0.33	15.40	2.17
Ecuador	0.34	14.60	2.35
El Salvador	0.14	18.10	0.77
Guatemala	0.32	10.90	2.94
Guyana	0.19	21.10	0.90
Honduras	0.45	18.50	2.41
México (2018)	0.30	13.80	2.17
Panamá	0.25	8.30	3.05
Paraguay	0.11	10.20	1.13
Perú	0.29	14.60	1.98
República Dominicana	0.13	13.50	0.95
Uruguay	0.22	21.40	1.04
<i>Promedio no ponderado</i>			
América Latina y el Caribe	0.27	16.65	1.73
OCDE	1.5	24.6	6.10

Fuente: Elaboración propia con base en datos de BID (2022), OCDE et al. (2021); OCDE et al. (2019).

Notas: Las celdas en verde evidencian la factibilidad de los mecanismos en cada país.

Financiamiento mixto: aseguramiento social e imposición general

Adoptar un sistema mixto de financiamiento que incluya aseguramiento social e imposición general es otra opción para los gobiernos de la región. En este caso, la población con empleo formal estaría cubierta mediante un sistema de aseguramiento social, mientras que el resto de la población recibe cobertura mediante imposición general. La Tabla 7 presenta los cálculos de viabilidad, los costos y la cobertura de este sistema, en un escenario donde la parte subsidiada por medio de imposición general ofrece baja cobertura (35%).

Por ejemplo, en Colombia el componente financiado por aseguramiento social representa el 0.35% del PIB, ofreciendo cobertura total al 26.1% de la población con empleo formal (Tabla 3). En cambio, el componente subsidiado por medio de imposición general conllevaría un costo del 0.22% del PIB, para

cubrir al 35% al resto de la población (Tabla 6). El costo del sistema representaría el 0.58% del PIB, con una cobertura del 51.96% de la población mayor en situación de dependencia (Tabla 7).

Asumiendo que el sistema sea políticamente viable solo si la recaudación no aumenta más del 5% respecto de la situación actual, tanto en lo relativo a las contribuciones a la seguridad social como a impuestos generales, solamente cuatro de los 17 países considerados -Argentina, Brasil, El Salvador y Paraguay- podrían adoptar el esquema mixto de financiamiento. Este es el mismo resultado de la subsección anterior sobre el aseguramiento social, es decir que el esquema mixto es viable solo en los países donde lo es el aseguramiento social.

Además de su escasa viabilidad en la región, este esquema de financiamiento reproduce un problema histórico de los sistemas de protección social en contextos de alta informalidad laboral: genera una situación de inequidad atribuible a diferencias importantes de cobertura en función de la situación laboral. Si bien se podría imponer restricciones que limiten la cobertura en la parte del sistema financiado mediante aseguramiento social (por ejemplo, fijando un límite de edad o un nivel de dependencia mayor para tener acceso), la propia naturaleza del seguro social determina que exista una tendencia a establecer niveles más altos de cobertura cuando se usa este método de financiamiento.

Tabla 7. Viabilidad del financiamiento mixto

Países	Costo del componente de aseguramiento social (% PIB)	Contribución seguridad social (% PIB) (a)	Aumento % ingresos seguridad social	Costo del componente subsidiado por medio de imposición general, con baja cobertura (% PIB)	Ingresos tributarios en las principales partidas (netos de seguridad social) (% PIB)	Aumento % ingresos tributarios (netos de seguridad social)	Costo total del sistema (% PIB)	Cobertura de la población mayor en situación de dependencia (%)
Argentina	0.22	5.7	3.79	0.11	22.90	0.48	0.33	54.73
Bolivia	0.39	6.2	6.27	0.48	18.50	2.59	0.87	44.94
Brasil	0.38	8.5	4.46	0.13	24.60	0.51	0.50	61.07
Chile (2017)	0.49	1.5	32.37	0.14	18.70	0.74	0.62	63.35
Colombia	0.35	1.9	18.59	0.22	17.90	1.25	0.58	51.96
Costa Rica	0.64	8.1	7.92	0.19	15.40	1.25	0.83	62.61
Ecuador	0.41	5.5	7.39	0.25	14.60	1.73	0.66	52.09
El Salvador	0.11	2.7	3.91	0.12	18.10	0.64	0.22	46.03
Guatemala	0.17	2.2	7.56	0.28	10.90	2.60	0.45	42.50
Guyana	0.17	2.2	7.79	0.15	21.10	0.72	0.32	48.08
Honduras	0.23	3.4	6.72	0.39	18.50	2.13	0.62	42.45
México (2018)	0.29	2.2	13.18	0.23	13.80	1.70	0.53	49.03
Panamá	0.40	5.8	6.81	0.17	8.30	2.00	0.56	57.43
Paraguay	0.09	3.7	2.51	0.09	10.20	0.92	0.19	46.68
Perú	0.21	2.0	10.55	0.24	14.60	1.66	0.45	45.55
República Dominicana	0.17	0.1	168.00	0.09	13.50	0.67	0.26	54.11
Uruguay	0.52	7.7	6.79	0.11	21.40	0.50	0.63	68.75
<i>Promedio no ponderado</i>	0.31	4.08	18.51	0.20	16.65	1.30	0.51	52.43

Fuente: Elaboración propia con base en datos de BID (2022), OCDE et al. (2021); OCDE et al. (2019).

Nota: Las celdas en verde evidencian la factibilidad de los mecanismos en cada país. (a) Se incluyen aquí “los pagos obligatorios a las administraciones públicas que confieran un derecho a recibir una prestación social futura (contingente)”, como por ejemplo, seguro de desempleo, accidentes, pensiones por jubilación, invalidez, y sobrevivencia, o cobertura de salud. No se incluyen las aportaciones a planes de seguros privados, u otros tipos de esquemas que no impliquen aportaciones al gobierno general (OCDE et al. 2019, p. 318).

La Tabla 8 presenta un resumen de lo expuesto hasta ahora y muestra la viabilidad de los distintos esquemas de financiamiento de un sistema de atención a la dependencia en los diferentes países de América Latina y el Caribe.

Tabla 8. Resumen de la viabilidad de los esquemas de financiamiento

Esquema de financiamiento	Nivel de cobertura	Países en los que es viable
Aseguramiento social	Cobertura completa de las personas con empleo formal (100%)	Argentina, Brasil, El Salvador, Paraguay
Imposición general	Baja cobertura (35%)	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay
	Media cobertura (50%)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay
	Alta cobertura (70%)	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guyana, Paraguay, República Dominicana, Uruguay
Financiamiento mixto	Cobertura completa de las personas con empleo formal (100%) + Cobertura del 35% del resto de la población	Argentina, Brasil, El Salvador, Paraguay

Fuente: Elaboración propia.

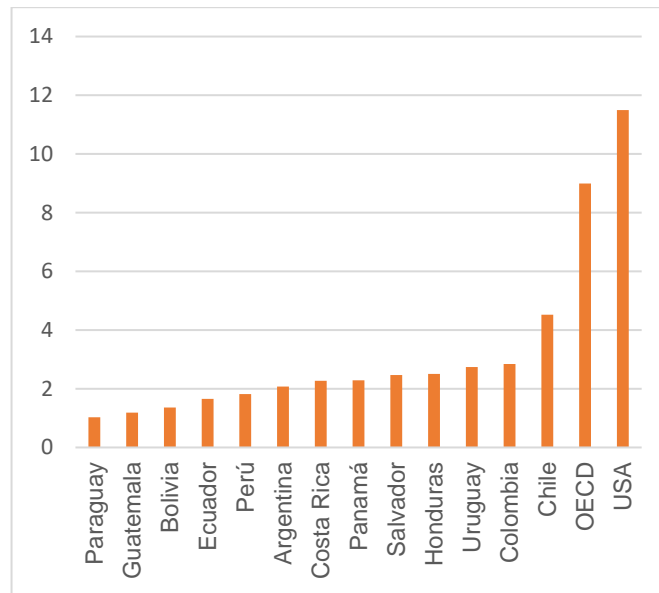
Otras opciones de financiamiento

Los mecanismos presentados anteriormente demuestran que los gobiernos pueden optar entre distintas fuentes de financiamiento en la formulación de sus sistemas de atención a la dependencia. Sin embargo, estas opciones no resultan ser viables para todos los países y no necesariamente cubren a toda la población en situación de dependencia. En esta sección se ilustran otros mecanismos que pueden ser considerados para expandir la cobertura de los servicios.

Aseguramiento privado

Entre las opciones de financiamiento de los cuidados de largo plazo figura el aseguramiento privado. Sin embargo, el nivel de penetración del mercado de seguros en los países latinoamericanos y caribeños es relativamente limitado, en comparación con otras regiones de la OCDE. Como se observa en la Figura 1, en los Estados Unidos el gasto en seguros fue del 11% del PIB en 2019, y es un 9% en los países de la OCDE. En cambio, el gasto promedio en seguros en América Latina y el Caribe fue de solamente 2.2% del PIB (OCDE 2021). Este menor desarrollo, puede indicar que el seguro privado jugaría un papel más secundario, como complemento de otro sistema general.

Figura 1. Gasto en seguros (% PIB), 2019



Fuente: OCDE (2021).

Existen, además, factores intrínsecos a los servicios de atención a la dependencia que dificultan el desarrollo del mercado de seguros privados en este sector. En particular, la selección adversa y el riesgo moral asociados a la información asimétrica de este mercado limitan la oferta del contrato de seguro a una parte de la población (Akaichi et al., 2020). Por un lado, la selección adversa implica que los clientes potenciales puedan ocultar a los aseguradores información relevante sobre características personales, de salud, o familiares que afecten su necesidad de cuidados (Barr, 2010). Por otro lado, el riesgo moral ocurre cuando los individuos asegurados cambian su conducta al estar cubiertos, y deciden no adoptar un comportamiento preventivo porque no se harán cargo de los gastos relacionados (*ibid*). El riesgo moral afecta tanto al seguro público como al privado. Además, cabe notar que es difícil estimar los costos futuros que tendrá que afrontar el asegurador ya que el aumento de la esperanza de vida puede prolongar el número de años que una persona vive en situación de dependencia funcional, aumentando notablemente los costos para las aseguradoras en el caso de ocurrir el evento que da lugar al seguro (Bloeck et al., 2017).

Desde el lado de la demanda, la evidencia muestra que la contratación de un seguro privado para los cuidados de largo plazo está positivamente asociada al nivel de ingresos y a aspectos asociados con la visibilidad del riesgo y otros sesgos de conducta (Bongang y Costa-Font, 2020). Por ejemplo, la relevancia de los cuidados en el debate social puede afectar la contratación de un seguro. Es probable que las familias de rentas más bajas y medias no puedan acceder a este mercado.

En los Estados Unidos, donde el mercado de los seguros en general está más desarrollado, alrededor del 5% de la población mayor de 40 años estaba cubierta por un seguro privado de cuidados de larga duración en 2011 (Colombo et al., 2011). Consecuentemente, los seguros privados cubren solo el 11.6% de los costos totales de atención a la dependencia y el sector público, por medio de Medicaid, paga el 62.2% del gasto en cuidados (O'Shaughnessy, 2014).

El escaso desarrollo del mercado de seguros privado en América Latina y el Caribe, así como la limitada relevancia que el aseguramiento privado alcanza en países con mercados de seguros más desarrollados, ponen en evidencia las limitaciones para resolver el problema del financiamiento de la atención a la dependencia por medio de este mecanismo.

Hipotecas inversas

Otra alternativa, aún poco desarrollada tanto a nivel mundial como regional, son las hipotecas inversas¹², que suponen el uso de la vivienda —el principal activo y fuente de riqueza de las personas mayores— para financiar los gastos de cuidados de largo plazo. Este producto financiero comenzó a ser utilizado a partir de los años sesenta del siglo pasado en países como Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Francia, Irlanda y España. En los países de la región, las hipotecas inversas están reguladas en México y Colombia.

Algunos autores argumentan que estos instrumentos entran en conflicto con los motivos de herencia, ya que la vivienda suele ser el principal legado de padres a hijos. Costa-Font et al. (2010), por ejemplo, examinan la evidencia de España y encuentran que las hipotecas inversas interfieren con los motivos de legado y su demanda está influenciada en gran medida por la educación y los ingresos de los propietarios, en lugar del valor de la vivienda.

El papel de la educación es consistente con la evidencia proporcionada en Hanewald et al. (2020), donde se muestra que la razón principal detrás de la escasa popularidad de estos instrumentos es la falta de comprensión de cómo funcionan. En un estudio piloto hecho en China, los autores demuestran que, si se mejora la comprensión del producto, su demanda aumenta notoriamente, ya sea para financiar una mayor liquidez en el retiro como para afrontar potenciales gastos de salud y cuidados.

Aseguramiento a través de pensiones

Otra alternativa de financiamiento de las necesidades de cuidados es extender los modelos de pensiones de forma tal que cubran la atención de largo plazo. Este diseño conlleva un pago en efectivo o una indemnización adicional a la pensión que reciben las personas jubiladas con ciertos niveles de necesidad asistencial. Estos pagos están pensados para complementar los cuidados necesarios con recursos familiares y seguros privados (Vidal-Melia et al., 2020). Otros enfoques incluyen un diseño que permite a los jubilados diferir una determinada fracción de los ingresos de su pensión, para destinarla a pagar sus necesidades de cuidado futuras (Chen, 2003). Tanaka (2016), por ejemplo, propuso un rediseño del sistema de seguridad social japonés que implica un aumento de la pensión según el nivel de cuidados que necesiten los individuos. No obstante, estos sistemas están habitualmente pensados para proporcionar un financiamiento a través de una contribución monetaria, y no por medio de un sistema de atención a la dependencia.

5. Mecanismos de coparticipación en el costo

En los sistemas que se financian mediante impuestos, el costo de cubrir a toda la población con dependencia funcional puede llegar a ser elevado, lo que conduce a diferentes mecanismos de

¹² La hipoteca inversa es un préstamo con garantía hipotecaria destinada a personas mayores que permite obtener liquidez sin que el propietario del inmueble deje de utilizar su vivienda hasta el momento del fallecimiento.

limitación de la demanda. Como consecuencia, además de imponer criterios de elegibilidad con base en el nivel de dependencia (*needs tests*) o la edad de la persona beneficiaria, por lo general se busca implementar ciertos mecanismos de contención de costos que suponen la coparticipación en los gastos entre el Estado y los usuarios, aunque no siempre son fáciles de implementar y monitorear. A continuación, se discuten los mecanismos más utilizados con este fin.

Copagos

Este es un instrumento de financiamiento en el que los individuos que reciben servicios contribuyen a su costo en forma de pagos directos (de bolsillo). Si el nivel de los copagos está definido sobre la base del ingreso del individuo o su familia, este esquema puede ser usado para conseguir objetivos de equidad en el acceso a los servicios.

El uso de los copagos para la atención a la dependencia es común en el mundo. Por ejemplo, se utiliza en la mayoría de los países escandinavos. En un estudio para España, del Pozo-Rubio et al. (2017) demuestran que los beneficiarios de los servicios de atención a la dependencia contribuyen a financiar más de la mitad del costo de las prestaciones a través de gastos de bolsillo, con importantes variaciones respecto de la media según el grado de dependencia y la comunidad autónoma en la que viva el individuo.

En América Latina, Costa Rica y Uruguay utilizan una combinación de impuestos generales y copagos. En particular, como sucede con el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de España, Costa Rica utiliza impuestos generales de la administración central y de los gobiernos regionales, y copagos por renta, patrimonio y tipo de servicio (Chaverri y Matus-López, 2021). En Uruguay, donde el financiamiento principal de los servicios proviene de la imposición general a nivel central, también existen copagos que varían en función del ingreso promedio del hogar de la persona dependiente, en un rango que va desde el 100% para los hogares de mayores ingresos a 0% para los más vulnerables. En la práctica, solamente el 14% de los usuarios de los servicios realiza algún tipo de copago (Aranco y Sorio 2018).

Cobertura exclusiva de gastos catastróficos

En salud, el gasto se define como catastrófico cuando un hogar debe reducir sus gastos básicos durante un periodo de tiempo para hacer frente a los costos de las prestaciones (Xu et al., 2003). En la literatura respectiva se consideran distintos umbrales de gasto, que varían entre el 5% y 20% del ingreso total del hogar (Wyszewianski, 1986; Berki, 1986) hasta el 30% (Knaul et al., 2006) o 40% (Xu et al., 2003). El riesgo de incurrir en gastos catastróficos suele ser mayor para las familias de bajos ingresos, donde hay personas mayores no aseguradas o con seguros de cobertura limitada con altos copagos, y en los que algunos de sus integrantes enfrentan enfermedades crónicas o eventos hospitalarios (CEPAL, 2008).

En el caso de personas en situación de dependencia, del Pozo-Rubio et al. (2019) estiman que en España los gastos de bolsillo para financiar los servicios de cuidados aumentan en un 18.9% la probabilidad de caer en una situación de pobreza. Según muestran datos para Estados Unidos, casi un sexto de las personas con necesidades de cuidados de largo plazo incurre en gastos catastróficos por este concepto (Stevenson et al., 2010).

En el Reino Unido, en virtud de la reforma recientemente introducida en 2022, se impone un gasto de GBP 86,000 a las familias antes de que tengan derecho a la cobertura pública, lo que en la práctica supone que la cobertura del Estado actúa solamente en el caso de que los gastos se vuelvan catastróficos. Este mecanismo reduce la responsabilidad fiscal del sector público y deja la responsabilidad primaria del pago de los cuidados de larga duración a las familias. Con el propósito de aumentar la equidad del sistema, el mecanismo podría ser utilizado con umbrales diferentes para distintos niveles de ingreso de los hogares.

Prueba de medios

Las pruebas de medios son una forma de limitar la cobertura del sistema solamente a las familias de menores ingresos. Este mecanismo se puede emplear para decidir la elegibilidad a los beneficios del sistema público, para determinar el nivel de copago de los servicios (por ejemplo, distintos niveles de copagos dependiendo del nivel de ingresos), o para fijar el umbral para la cobertura de gastos catastróficos. Es comúnmente utilizada en el mundo, por ejemplo, en el Reino Unido (excluida Escocia) y en los Estados Unidos, donde la elegibilidad de Medicaid está enfocada hacia personas de bajos ingresos. También en la mayoría de los países en América Latina y el Caribe los servicios de atención a la dependencia están focalizados en la población que vive en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, y la elegibilidad se basa en pruebas de aproximación de medios (Bloeck et al., 2017; Aranco et al., 2022).

Sistemas de recuperación de patrimonio

En algunas partes de Estados Unidos y en Francia, existen mecanismos para que el Estado recupere los gastos en cuidados que ha destinado a una determinada persona, al momento de su muerte. La recuperación se basa en el traspaso del patrimonio de la persona fallecida (por lo general, la vivienda) al Estado. No obstante, la experiencia de Estados Unidos con Medicaid sugiere que los programas de recuperación de patrimonio actualmente en funcionamiento solo consiguen recuperar una pequeña proporción del gasto en que se ha incurrido, mientras que el costo administrativo es muy elevado (Wiener, 1996).

6. Conclusiones y temas de investigación futura

En esta nota hemos analizado las necesidades de financiamiento de los países de la región y los principales mecanismos que se podrían utilizar para financiar un sistema de atención a la dependencia de largo plazo. Hasta donde sabemos, es el primer estudio de este tipo que incluye un número importante de países de la región y, por lo tanto, constituye un insumo útil para los formuladores de política pública.

El análisis muestra que el costo de financiamiento de un sistema de atención a la dependencia representa, en promedio, 0.27% del PIB en un escenario de baja cobertura, y que esta cifra aumentará hasta 0.77% del PIB en 2050. Distintos factores demográficos y no demográficos explican el aumento futuro que se ha previsto en el costo del sistema. En este estudio se consideran solamente los efectos demográficos que surgen del incremento en el número de personas mayores y de la prevalencia de la dependencia funcional.

A priori, existe espacio para que los países comiencen a implementar un sistema con base en la imposición general, mientras la aplicabilidad y relevancia del aseguramiento social está limitada a pocos países. De manera alternativa, los países pueden optar entre otros mecanismos de financiamiento, como por ejemplo el aseguramiento a través de pensiones, o la coparticipación en el costo, ya sea a través de copagos, cobertura exclusiva de gastos catastróficos y/o prueba de medios.

Al momento de analizar los resultados, es útil considerar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, se parte de un paquete de servicios homogéneo para la población mayor en situación de dependencia funcional, sin distinguir entre niveles de dependencia. En investigaciones futuras este supuesto podría relajarse, diferenciando la oferta de servicios según los distintos niveles de dependencia. En la formulación de políticas, los gobiernos pueden implementar distintos niveles de cobertura y definir diferentes tipos de servicios para distintas poblaciones, con base en criterios tales como el nivel de dependencia, la edad, o el nivel de vulnerabilidad socioeconómica. En otras palabras, cada país deberá adaptar sus servicios a su población e, idealmente, proveer un plan de cuidado personalizado y centrado en la persona. Este plan podría considerar no solo las necesidades de la persona en situación de dependencia, sino también el contexto social y familiar en el que se encuentra. Además, nuestros cálculos suponen que los beneficiarios del sistema reciben solamente un tipo de servicio de los que están dentro del abanico disponible. En la realidad, al momento de diseñar el paquete de servicios más efectivo, debe ser posible proporcionar una combinación de distintas prestaciones a un mismo individuo (por ejemplo, centros de día y teleasistencia). El uso de un paquete promedio facilita la comparación entre países. Sin embargo, es razonable pensar que cada país requerirá de estudios específicos que consideren paquetes diferenciados y adaptados de estos servicios, antes de proseguir con la determinación de su esquema de financiamiento.

En segundo lugar, la estimación del costo de las residencias y los centros de día toma como referencia los valores proporcionados por Matus-López (2018) para Costa Rica, utilizándose el salario promedio de los ocupados formales de cada país como factor de ajuste para calcular el costo en los demás países. Al hacerlo, estamos partiendo de dos supuestos. Uno, es que el costo de los recursos humanos es el componente principal de la variación de costos entre países. Dos, que la diferencia entre los costos de distintos servicios en cada país reproduzca la situación observada en Costa Rica. Nuestros cálculos son confiables si el alquiler, el mantenimiento de la infraestructura, los insumos médicos y de limpieza, la comida, la electricidad, entre otros rubros, representan una parte pequeña del costo total de los servicios, o si la variabilidad de estos costos entre países replica aquella del costo del trabajo. Como para el caso del paquete promedio de servicios, nuestro procedimiento facilita la comparabilidad entre países y se explica por la falta de información detallada y comparable entre los costos de los servicios en cada país. Sin embargo, se considera que en el futuro los países necesitarán realizar estudios más profundos, que levanten información específica y sistemática sobre los costos de los servicios a nivel local.

En tercer lugar, debido a la falta de mejores datos, la metodología supone que el costo de los recursos humanos en el sector, tanto en el caso de las residencias y los centros de día, como en el caso del cuidado domiciliario, es el salario promedio de todos los trabajadores formales en el país. Sería preferible utilizar el salario promedio del sector de los cuidados, o de un sector similar en cuanto a funciones y formación (como la enfermería, por ejemplo). Sin embargo, esta información no se encuentra disponible actualmente.

En cuarto lugar, al analizar la viabilidad del financiamiento mediante seguro social, se tuvo en cuenta lo recaudado por el sector público mediante las contribuciones a la seguridad social. Para aquellos países que tienen sistemas de pensiones de contribución definida administrados por entidades privadas (como en Chile o República Dominicana), sería posible establecer un aumento de las tasas de contribución personal que vaya directamente a la cuenta de los trabajadores para financiar necesidades de cuidados futuras. Por ende, nuestros cálculos sobre la viabilidad política de las reformas basadas en aseguramiento social no son precisos ni fácilmente comparables con aquellos de otros países, y no encontramos información que permitiera abordar este sesgo de manera satisfactoria.

En quinto lugar, en este análisis se considera que las aportaciones a la seguridad social se basan en el sistema de reparto (*pay-as-you-go*). Este supuesto representa una simplificación, porque aquellos que actualmente trabajan no se encuentran en una situación de dependencia y necesitarán servicios en el futuro. En este sentido, se debería desarrollar un modelo dinámico que considere múltiples generaciones.

En sexto lugar, el análisis realizado permite estimar cuál debería ser el aumento de la recaudación necesaria para implementar el sistema. En el caso de tasas de imposición general o de contribuciones a la seguridad social fijas (no progresivas) y ausencia de deducciones, este porcentaje es equivalente al aumento necesario en estas tasas. Sin embargo, en la realidad existen deducciones, retenciones y subvenciones que implican que un aumento en los impuestos o en las contribuciones a la seguridad social no se traslade íntegramente a aumentos en la recaudación. Además, si las tasas (de impuestos o de contribuciones) aumentan, es posible que las personas alteren sus decisiones de trabajo e inversión. Un análisis más exhaustivo deberá considerar la estructura tributaria, productiva y laboral de cada país, así como las respuestas comportamentales de los individuos al aumento de las tasas.

En séptimo lugar, la limitada disponibilidad de datos no permitió calcular la contribución al sistema de otros mecanismos de financiamiento, tales como el aseguramiento privado o el copago. Estos mecanismos podrían aliviar la carga fiscal del sector público, aumentando la viabilidad de las reformas. Estudios más detallados a nivel país podrán tomar en consideración estos mecanismos y su interacción con aseguramiento social e imposición general.

En octavo lugar, la estimación no considera la inversión que deberían hacer los países para asegurar la calidad de los servicios, en particular en el área de recursos humanos. En este sentido, la evidencia de la región indica que muy pocos países (Argentina, Chile, Uruguay) establecen requisitos obligatorios de formación para el personal que trabaja en el sector y que, incluso en esos casos, el nivel de cumplimiento es escaso (Aranco et al., 2022). Para contar con servicios de calidad, se requiere una inversión en formación que implica, entre otras cosas, el desarrollo de currículos, la capacitación de formadores y la infraestructura necesaria para dictar los cursos. En estudios futuros, estos costos deberían ser estimados y sumados al total de las necesidades de financiamiento.

Por otro lado, las estimaciones presentadas no incluyen las posibles externalidades positivas que generaría el desarrollo de un sistema de atención a la dependencia. En este sentido, el financiamiento de la atención a la dependencia genera dos posibles externalidades: un impacto macroeconómico en los mercados laborales y un impacto en el gasto público (Villalobos Dintrans, 2018) que puede reducir el costo neto del sistema. Respecto de las externalidades en los mercados laborales, la implementación de un sistema de atención genera nuevos empleos y aumenta la participación laboral. Esto es especialmente relevante en el caso de las mujeres, ya que los cuidadores familiares no remunerados

pueden optar por ocupaciones remuneradas en el mercado (Costa-Font y Vilaplana, 2022). Además, el desarrollo de servicios de cuidados podría llegar a ser un motor importante del desarrollo económico y productivo de un país, a través de lo que se suele denominar el desarrollo de la “economía plateada”. En otras palabras, podrían generarse nuevas oportunidades de empleo e inversión para la población en su conjunto dentro del mismo sector (Okumura et al., 2020; Jiménez et al., 2021).

En el caso de las externalidades en el gasto público, si bien existen diferentes argumentos en la literatura, la implementación de un sistema de atención a la dependencia podría aumentar la eficiencia en la asignación de recursos. Esto se debe a que el sistema puede ofrecer alternativas costo-eficientes para responder a las necesidades de la población, reduciendo los gastos en seguridad social (por ejemplo en transferencias o pensiones no contributivas) y en el sistema de salud (Villalobos Dintrans, 2018). Por ejemplo, Matus-López (2022) estima que la implementación de un sistema de atención a la dependencia en Chile puede producir ahorros en el sector salud por reducción de hospitalizaciones de larga duración, equivalentes a alrededor el 10% del costo del sistema de atención.

En conclusión, el análisis proporciona una simulación de cuánto costaría un sistema de atención a la dependencia en los países de la región e impone un límite arbitrario respecto del aumento de las tasas impositivas que volvería políticamente viable una reforma. En este sentido, pese a sus limitaciones, constituye un insumo importante para alentar la discusión del financiamiento de los sistemas de atención a la dependencia. Cada país podrá avanzar en estas políticas de forma progresiva según su contexto político y socioeconómico. En consecuencia, podría optar por aceptar aumentos mayores — o menores— en las tasas que aquellos considerados políticamente viables en nuestro análisis.

Bibliografía

- Akaichi, F., Costa-Font, J. y Frank, R. (2020). Uninsured by Choice? A choice experiment on long term care insurance. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 173: 422-434.
- Aranco, N. y Sorio, R. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay*. Nota Técnica IDB-TN-1615. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0001307>
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., Oiveira, D., Reyes Retana, M., Savedoff, W., Torres, E. (2022). *Aging in Latin America and the Caribbean: social protection and quality of life of older persons*. Inter-American Development Bank. <http://dx.doi.org/10.18235/0004287>
- Aranco, N., Ibararán, P. y Stampini, M. (2022). *Prevalence of care dependence among older persons in 26 Latin American and the Caribbean countries*. Technical Note IDB-TN-2470. Inter-American Development Bank. <http://dx.doi.org/10.18235/0004250>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Resumen de Políticas IDB-PB-273. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2022). Sistema de Información de Mercados Laborales y de Seguridad Social (SIMS).
- Banco Mundial (BM) (2022). Banco de Datos del Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/>
- Barr, N. (2010). Long-Term Care: a Suitable Case for Social Insurance. *Social Policy and Administration*, 44(4): 359-374.
- Benedetti, F., Acuña, J. y Fabiani, B. (2022). *Teleasistencia: Innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas con dependencia*. Technical Note IDB-TN-2475. Inter-American Development Bank, forthcoming.
- Berki S.E. (1986). A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health Affairs*, 5: 139-45.
- Bloeck, M.C., Galiani, S. y Ibararán, P. (2017). *Long-term care in Latin America and the Caribbean? Theory and Policy Considerations*, IDB Working Paper Series 834. <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Long-Term-Care-in-Latin-America-and-the-Caribbean-Theory-and-Policy-Considerations.pdf>
- Bonsang, E. y Costa-Font, J. (2020). Behavioral regularities in old age planning. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 173: 297-300.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Medellín, N., Oliveri, M.L., Stampini, M. (2019). *Envejecer con Cuidado: Atención a la Dependencia en América Latina y el Caribe*. Inter-American Development Bank. <http://dx.doi.org/10.18235/0001972>
- CE (Comisión Europea) (2018). *The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)*. Institutional Paper 079.

- CE (Comisión Europea) (2021). *Long-term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*, Vol. I, Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL). <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2008). *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos*. División de Desarrollo Social, Series Políticas Sociales 141. <http://hdl.handle.net/11362/6146>
- Chaverri, A. y Matus-López, M. (2021). Cuidados de Larga Duración en Costa Rica: Enseñanzas para América Latina desde la Evidencia Internacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(146): e146. 10.26633/RPSP.2021.146
- Chen, Y.P. (2003) Applications of the trade-off principle in both public and private sectors. *Journal of Aging and Health*, 15(1): 15–44.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. y Tjadens. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OCDE Health Policy Studies. París: Editorial de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico.
- Costa-Font, J. y Vilaplana-Prieto, C. (2017). Does the Expansion of Public Long-Term Care Funding Affect Saving Behaviour? *Fiscal Studies*, 38(3): 417-443.
- Costa-Font, J. y Vilaplana-Prieto, C. (2022). *'Investing' in Care for Old Age? An Examination of Long-Term Care Expenditure Dynamics and Its Spillovers* (No. 9553). CESifo Working Paper.
- Costa-Font, J. y Zígante, V. (2020). Building 'implicit partnerships'? Financial long-term care entitlements in Europe. *Policy Sciences*, 53(4): 697-712.
- Costa-Font, J., Courbage, C., y Swartz, K. (2015). Financing long-term care: ex ante, ex post or both? *Health economics*, 24: 45-57.
- Costa-Font, J., Gil, J. y Mascarilla, O. (2010). Housing wealth and housing decisions in old age: sale and reversion. *Housing studies*, 25(3): 375-395.
- Costa-Font, J., Jiménez-Martín, S. y Vilaplana-Prieto, C. (2018). *Thinking of incentivizing care? The effect of demand subsidies on informal caregiving and intergenerational transfers* (No. 11774). IZA Discussion Papers.
- de la Maisonneuve, C. y Oliveira Martins, J. (2013). *A projection method for public health and long-term care expenditures*. OCDE Economics Department Working Papers, No. 1048. París: OCDE Publishing.
- de la Maisonneuve, C. y Oliveira Martins, J. (2015). The future of health and long-term care spending. *OCDE Journal: Economic Studies*, Vol. 2014/1. https://doi.org/10.1787/eco_studies-2014-5jz0v44s66nw
- del Pozo-Rubio, R., Mínguez-Salido, R., Pardo-García, I., Escribano-Sotos, F. (2019). Catastrophic long-term care expenditure: associated socio-demographic and economic factors. *European Journal of Health Economics*, Jul, 20(5): 691-701. 10.1007/s10198-019-01031-8

- del Pozo-Rubio, R., Pardo-Garcia, I., Escribano-Sotos, F. (2017). El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 31, N. 1, 23-29.
- González-González, C. A., Stampini, M., Cafagna, G., Hernández Ruiz, M. C., Ibararán, P. (2019). *Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México*. IDB Working Paper Series, No. IDB-WP-1033, Inter-American Development Bank (IDB), Washington, DC. <https://doi.org/10.18235/0002091>
- Hanewald, K., Bateman, H., Fang, H. y Wu, S. (2020). Is there a demand for reverse mortgages in China? Evidence from two online surveys. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 169: 19-37.
- IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social) (2021). Política Nacional de Cuidados 2021-2031. Hacia la implementación progresiva de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia. https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf
- Jiménez, C., Requejo, J., Foces, M., Okumura, M., Stampini, M. y Castillo, A. (2021). *The Silver Economy: Mapping actors and trends in Latin America and the Caribbean*. Inter-American Development Bank Monography. <http://dx.doi.org/10.18235/0003237>
- Knaul, F. M., H. Arreola-Ornelas, O., Méndez-Carniado y otros. (2006). Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*.
- Matus-López, M. (2017). Análisis prospectivo de los servicios de cuidado a la dependencia en Uruguay. Informe no publicado del Banco Interamericano de Desarrollo.
- Matus-López, M. (2018). Prospección de Costos de un Sistema para la Atención a la Dependencia en Costa Rica 2018-2050, Avance de Informe Final.
- Matus-López, M. (2022). Análisis del impacto y ahorro en salud de un sistema de cuidados a la dependencia en Chile. Documento no publicado.
- Matus-López, M. y Cid Pedraza, C. (2014). Costo de un Sistema de Atención de Adultos Mayores Dependientes en Chile, 2012-2020. *Pan American Journal of Public Health*, 36(1): 31-36.
- Medellin, N. (2020). *Cost Simulation Tool for Long-Term Care Systems: An Application to Latin America and the Caribbean*. IDB Technical note No. IDB-TN-1998. Inter-American Development Bank, Washington, DC. <http://dx.doi.org/10.18235/0002613>.
- O'Shaughnessy, C. (2014). *The Basics: National Spending for Long-Term Services and Supports (LTSS), 2012*. https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_centers_nhpf/284
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2020a). *Spending on long-term care*. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2020b). *Assessing the comparability of Long-Term Care spending estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire*.

<https://www.oecd.org/health/health-systems/LTC-Spending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf>

- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2021). *Insurance spending*. <https://data.oecd.org/insurance/insurance-spending.htm>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) et al. (2019). *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2019*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/25666b8d-en-es>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) et al. (2020). *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2020*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/68739b9b-en-es>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) et al. (2021). *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2021*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/96ce5287-en-es>
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2018). *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*. Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2018. 224 p. (Panorama Laboral Temático, 4).
- Okumura, M., Stampini, M., Buenadicha Sánchez, C., Castillo, A., Vivanco, F., Sánchez, M., Ibararán, P., y Castillo Martínez, P. (2020). *La economía plateada en América Latina y el Caribe: El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*. BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0002598>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, 5. Wyszewianski, L. (1986). Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implication for policy formulation. *Inquiry*, 23(4): 382–94.
- Rodrigues, R., Schulmann, K., Schmidt, A., Kalavrezou, N., Matsaganis, M. (2013). *The indirect costs of long-term care*. Research note 8/2013, European Commission.
- Stevenson, D. A., Cohen, M. A., Tell, E. J., Burwell, B. (2010) The complementarity of public and private long-term care coverage. *Health Affairs*, 29(1): 96-101.
- Tanaka, S. (2016) A proposal for redesigning social security: long-term care pension. *The Geneva Papers on Risk and Insurance Issues and Practice*, 41(1): 98-117.
- Vidal-Melia, C., Ventura-Marco, M., y Pla-Porcel, J. (2020). An NDC approach to helping pensioners cope with the cost of long-term care. *Journal of Pension Economics & Finance*, 19(1): 80-108.
- Villalobos Dintrans, P. (2018). Long-term care systems as social security: the case of Chile. *Health Policy and Planning*, Vol. 33, Issue 9, November, 1018–1025. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy083>
- Wiener, J. M. (1996). Can Medicaid long-term care expenditures for the elderly be reduced? *The Gerontologist*, 36(6), 800-811.

Wyszewianski, L. (1986). Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implication for policy formulation. *Inquiry*, 23(4): 382–94.

Xu K, Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C.J.L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *The Lancet*, 362(9378): 111-7.

Anexos

Anexo I – Metodología para calcular las necesidades de financiamiento en la región

En este Anexo se presenta la metodología utilizada para calcular el costo de un paquete de servicios de atención a la dependencia para 17 países de la región. Se consideran cuatro escenarios de cobertura: baja (35%), media (50%), alta (70%) y completa (100%).

En lo que concierne a la demanda potencial, se supone que los servicios están dirigidos a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia (dificultad con al menos una actividad básica de la vida diaria). Para el tamaño de esta población, usamos las estimaciones de Aranco, Ibararán y Stampini (2022).

Desde el lado de la oferta, hipotetizamos distintos paquetes de servicios para cada escenario, que combinan cuatro tipos de servicio:

- *Residencias*: alojamiento temporal o definitivo en instalaciones orientado hacia personas con un nivel severo de dependencia;
- *Cuidado domiciliario*: apoyo de un cuidador en el hogar para la realización de actividades diarias para personas en situación de dependencia;
- *Centros de día*: servicio brindado en instalaciones sin alojamiento orientado hacia personas con dependencia leve o sin dependencia;
- *Teleasistencia*: servicio de asistencia remota orientado a la atención y respuesta inmediata de personas en situación de dependencia.

A continuación se presenta la cobertura y los paquetes de servicios que se suponen en cada escenario:

Tabla I.1. Cobertura y servicios del sistema de atención a la dependencia

	Residencias	Cuidado domiciliario	Centros de día	Teleasistencia
Cobertura 35%	5%	10%	10%	10%
Cobertura 50%	5%	25%	10%	10%
Cobertura 70%	5%	45%	10%	10%
Cobertura 100%	5%	75%	10%	10%

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la Tabla I.1, se supone que la provisión de asistencia domiciliar es el principal servicio que varía entre los distintos escenarios. En las Tablas I.2 a I.5 se ilustra cuantas personas están cubiertas por las prestaciones del sistema según los distintos niveles de cobertura, bajo el supuesto de que los beneficiarios reciben solamente un tipo de servicio.

Tabla I.2. Número de usuarios del sistema en el escenario de baja cobertura (35%)

Países	Población con Dependencia 65+	Residencias (5%)	Cuidado domiciliario (10%)	Centros de día (10%)	Teleasistencia (10%)	Total
Argentina	398,809	19,940	39,881	39,881	39,881	139,583
Bolivia	125,160	6,258	12,516	12,516	12,516	43,806
Brasil	2,131,503	106,575	213,150	213,150	213,150	746,026
Chile	282,587	14,129	28,259	28,259	28,259	98,905
Colombia	625,305	31,265	62,530	62,530	62,530	218,857
Costa Rica	85,451	4,273	8,545	8,545	8,545	29,908
Ecuador	206,329	10,316	20,633	20,633	20,633	72,215
El Salvador	29,728	1,486	2,973	2,973	2,973	10,405
Guatemala	146,134	7,307	14,613	14,613	14,613	51,147
Guyana	8,329	416	833	833	833	2,915
Honduras	81,266	4,063	8,127	8,127	8,127	28,443
México	2,471,381	123,569	247,138	247,138	247,138	864,983
Panamá	62,688	3,134	6,269	6,269	6,269	21,941
Paraguay	28,643	1,432	2,864	2,864	2,864	10,025
Perú	404,409	20,220	40,441	40,441	40,441	141,543
República Dominicana	90,273	4,514	9,027	9,027	9,027	31,595
Uruguay	50,038	2,502	5,004	5,004	5,004	17,513
TOTAL	7,228,032	361,402	722,803	722,803	722,803	2,529,811

Fuente: Elaboración propia.

Tabla I.3. Número de usuarios del sistema en el escenario de media cobertura (50%)

Países	Población con Dependencia 65+	Residencias (5%)	Cuidado domiciliario (25%)	Centros de día (10%)	Teleasistencia (10%)	Total
Argentina	398,809	19,940	99,702	39,881	39,881	199,404
Bolivia	125,160	6,258	31,290	12,516	12,516	62,580
Brasil	2,131,503	106,575	532,876	213,150	213,150	1,065,751
Chile	282,587	14,129	70,647	28,259	28,259	141,293
Colombia	625,305	31,265	156,326	62,530	62,530	312,652
Costa Rica	85,451	4,273	21,363	8,545	8,545	42,726
Ecuador	206,329	10,316	51,582	20,633	20,633	103,164
El Salvador	29,728	1,486	7,432	2,973	2,973	14,864
Guatemala	146,134	7,307	36,534	14,613	14,613	73,067
Guyana	8,329	416	2,082	833	833	4,165
Honduras	81,266	4,063	20,316	8,127	8,127	40,633
México	2,471,381	123,569	617,845	247,138	247,138	1,235,691
Panamá	62,688	3,134	15,672	6,269	6,269	31,344
Paraguay	28,643	1,432	7,161	2,864	2,864	14,321
Perú	404,409	20,220	101,102	40,441	40,441	202,204
República Dominicana	90,273	4,514	22,568	9,027	9,027	45,136
Uruguay	50,038	2,502	12,510	5,004	5,004	25,019
TOTAL	7,228,032	361,402	1,807,008	722,803	722,803	3,614,016

Fuente: Elaboración propia.

Tabla I.4. Número de usuarios del sistema en el escenario de alta cobertura (70%)

Países	Población con Dependencia 65+	Residencias (5%)	Cuidado domiciliario (45%)	Centros de día (10%)	Teleasistencia (10%)	Total
Argentina	398,809	19,940	179,464	39,881	39,881	279,166
Bolivia	125,160	6,258	56,322	12,516	12,516	87,612
Brasil	2,131,503	106,575	959,176	213,150	213,150	1,492,052
Chile	282,587	14,129	127,164	28,259	28,259	197,811
Colombia	625,305	31,265	281,387	62,530	62,530	437,713
Costa Rica	85,451	4,273	38,453	8,545	8,545	59,816
Ecuador	206,329	10,316	92,848	20,633	20,633	144,430
El Salvador	29,728	1,486	13,378	2,973	2,973	20,810
Guatemala	146,134	7,307	65,760	14,613	14,613	102,294
Guyana	8,329	416	3,748	833	833	5,830
Honduras	81,266	4,063	36,570	8,127	8,127	56,886
México	2,471,381	123,569	1,112,121	247,138	247,138	1,729,967
Panamá	62,688	3,134	28,210	6,269	6,269	43,882
Paraguay	28,643	1,432	12,889	2,864	2,864	20,050
Perú	404,409	20,220	181,984	40,441	40,441	283,086
República Dominicana	90,273	4,514	40,623	9,027	9,027	63,191
Uruguay	50,038	2,502	22,517	5,004	5,004	35,027
TOTAL	7,228,032	361,402	3,252,614	722,803	722,803	5,059,622

Fuente: Elaboración propia.

Tabla I.5 Número de usuarios del sistema en el escenario de cobertura total (100%)

Países	Población con Dependencia 65+	Residencias (5%)	Cuidado domiciliario (75%)	Centros de día (10%)	Teleasistencia (10%)	Total
Argentina	398,809	19,940	299,107	39,881	39,881	398,809
Bolivia	125,160	6,258	93,870	12,516	12,516	125,160
Brasil	2,131,503	106,575	1,598,627	213,150	213,150	2,131,503
Chile	282,587	14,129	211,940	28,259	28,259	282,587
Colombia	625,305	31,265	468,979	62,530	62,530	625,305
Costa Rica	85,451	4,273	64,088	8,545	8,545	85,451
Ecuador	206,329	10,316	154,746	20,633	20,633	206,329
El Salvador	29,728	1,486	22,296	2,973	2,973	29,728
Guatemala	146,134	7,307	109,601	14,613	14,613	146,134
Guyana	8,329	416	6,247	833	833	8,329
Honduras	81,266	4,063	60,949	8,127	8,127	81,266
México	2,471,381	123,569	1,853,536	247,138	247,138	2,471,381
Panamá	62,688	3,134	47,016	6,269	6,269	62,688
Paraguay	28,643	1,432	21,482	2,864	2,864	28,643
Perú	404,409	20,220	303,306	40,441	40,441	404,409
República Dominicana	90,273	4,514	67,704	9,027	9,027	90,273
Uruguay	50,038	2,502	37,529	5,004	5,004	50,038
TOTAL	7,228,032	361,402	5,421,024	722,803	722,803	7,228,032

Fuente: Elaboración propia.

El costo del sistema de atención a la dependencia está definido por la suma del costo total de la atención en residencias, cuidado domiciliario, centros de día y teleasistencia según los distintos paquetes de servicios y la cobertura establecida para cada escenario. En el caso de residencias y centros de día, se tomaron como referencia los valores de costos proporcionados por Matus-López (2018) en el caso de Costa Rica, que aproximó el costo de atención promedio mensual en USD 1,127 y 210, respectivamente. Se utilizó el salario promedio de los ocupados formales¹³ en cada país como factor de ajuste entre los países. En este sentido, se considera que los recursos humanos representan el principal componente de costo de estos servicios en comparación con la infraestructura u otros costos de funcionamiento. En el caso de cuidado domiciliario, se asume que los usuarios reciben asistencia domiciliaria durante 8 horas diarias, por lo cual se considera como costo el salario promedio de los ocupados formales en cada país. Por último, de acuerdo con Benedetti et al. (2022), el costo promedio de un servicio de teleasistencia en la región es de USD 25 al mes. Además, fue aplicado un costo administrativo del 20% a cada servicio. La Tabla I.6 ilustra el costo de los servicios por usuario en cada país, en dólares. La Tabla I.7 reporta los costos totales del sistema en cada país, en dólares y en porcentaje del PIB, para el año 2019.

¹³ Según el Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social (SIMS) del BID, este se define como el monto mensual promedio del ingreso laboral monetario de la actividad principal en el último mes de los ocupados formales. Se entiende como ingreso laboral monetario al total de ingresos monetarios recibidos por el trabajador. El indicador es expresado en moneda local en valores corrientes. El salario promedio expresado en moneda local fue ajustado por el tipo de cambio en 2019, usando datos del Banco Mundial (2022).

Tabla I.6. Costo de los servicios de atención por usuario (en dólares)

Países	Ingreso laboral monetario por mes – moneda local	Ingreso laboral monetario por mes – USD	Residencias			Cuidado domiciliario		Centros de día			Teleasistencia		PIB (millones)
			Costo mensual	Costo anual	Costo anual, incl. costos admin.	Costo anual	Costo anual, incl. costos admin.	Costo mensual	Costo anual	Costo anual, incl. costos admin.	Costo anual	Costo anual, incl. costos admin.	
Argentina	32,285	671	802	9,620	11,544	8,046	9,656	149	1,793	2,151	300	360	451,932
Bolivia	4,768	690	825	9,899	11,879	8,280	9,936	154	1,845	2,214	300	360	40,895
Brasil	2,729	692	827	9,926	11,911	8,302	9,963	154	1,850	2,219	300	360	1,877,824
Chile (2017)	588,971	908	1,085	13,023	15,628	10,893	13,071	202	2,427	2,912	300	360	277,035
Colombia	1,906,992	581	695	8,339	10,007	6,975	8,370	129	1,554	1,865	300	360	323,430
Costa Rica	553,621	943	1,127	13,524	16,229	11,312	13,574	210	2,520	3,024	300	360	64,073
Ecuador	673	673	805	9,655	11,586	8,076	9,691	150	1,799	2,159	300	360	108,108
El Salvador	467	467	558	6,700	8,040	5,604	6,725	104	1,248	1,498	300	360	26,897
Guatemala	4,855	631	754	9,050	10,860	7,569	9,083	141	1,686	2,024	300	360	77,020
Guyana	91,471	439	524	6,294	7,553	5,265	6,317	98	1,173	1,407	300	360	5,174
Honduras	12,427	507	606	7,274	8,729	6,085	7,301	113	1,355	1,627	300	360	24,916
México (2018)	10,617	552	660	7,915	9,498	6,620	7,944	123	1,475	1,770	300	360	1,222,408
Panamá	1,018	1,018	1,217	14,605	17,526	12,216	14,659	227	2,721	3,266	300	360	66,984
Paraguay	3,536,582	567	678	8,130	9,756	6,800	8,160	126	1,515	1,818	300	360	37,907
Perú	2,035	610	729	8,748	10,498	7,317	8,781	136	1,630	1,956	300	360	228,471
República Dominicana	23,950	467	558	6,699	8,038	5,603	6,723	104	1,248	1,498	300	360	88,941
Uruguay	36,141	1,025	1,226	14,707	17,648	12,301	14,762	228	2,740	3,289	300	360	61,231

Fuente: Elaboración propia con datos del BID (2022) y Banco Mundial (2022).

Nota: El valor del PIB se midió a precios corrientes para el año 2019.

Tabla I.7. Número de usuarios y costo del sistema en el escenario de baja cobertura (35%)

Países	Residencias (5%)		Cuidado domiciliario (10%)		Centros de día (10%)		Teleasistencia (10%)		Costo del sistema	
	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Costo total de los servicios	Costo % PIB
Argentina	19,940	230,190,951	39,881	385,079,925	39,881	85,785,448	39,881	14,357,121	715,413,445	0.16
Bolivia	6,258	74,339,892	12,516	124,361,101	12,516	27,704,308	12,516	4,505,742	230,911,044	0.56
Brasil	106,575	1,269,405,933	213,150	2,123,553,244	213,150	473,070,534	213,150	76,734,100	3,942,763,812	0.21
Chile (2017)	14,129	220,806,798	28,259	369,381,440	28,259	82,288,248	28,259	10,173,131	682,649,616	0.25
Colombia	31,265	312,864,759	62,530	523,382,597	62,530	116,595,562	62,530	22,510,978	975,353,897	0.30
Costa Rica	4,273	69,338,618	8,545	115,994,611	8,545	25,840,479	8,545	3,076,247	214,249,955	0.33
Ecuador	10,316	119,529,317	20,633	199,957,210	20,633	44,545,087	20,633	7,427,831	371,459,446	0.34
El Salvador	1,486	11,950,594	2,973	19,991,811	2,973	4,453,638	2,973	1,070,225	37,466,269	0.14
Guatemala	7,307	79,348,187	14,613	132,739,336	14,613	29,570,753	14,613	5,260,837	246,919,113	0.32
Guyana	416	3,145,386	833	5,261,827	833	1,172,194	833	299,847	9,879,253	0.19
Honduras	4,063	35,469,629	8,127	59,336,137	8,127	13,218,495	8,127	2,925,569	110,949,831	0.45
México (2018)	123,569	1,173,649,254	247,138	1,963,364,607	247,138	437,384,815	247,138	88,969,717	3,663,368,394	0.30
Panamá	3,134	54,932,995	6,269	91,895,851	6,269	20,471,923	6,269	2,256,774	169,557,544	0.25
Paraguay	1,432	13,972,198	2,864	23,373,694	2,864	5,207,030	2,864	1,031,142	43,584,065	0.11
Perú	20,220	212,272,578	40,441	355,104,786	40,441	79,107,793	40,441	14,558,710	661,043,867	0.29
República Dominicana	4,514	36,281,675	9,027	60,694,586	9,027	13,521,121	9,027	3,249,812	113,747,194	0.13
Uruguay	2,502	44,154,481	5,004	73,864,782	5,004	16,455,086	5,004	1,801,369	136,275,718	0.22
<i>Promedio no ponderado</i>	21,259	233,038,426	42,518	389,843,385	42,518	86,846,618	42,518	15,306,421	725,034,850	0.27

Fuente: Elaboración propia con datos del BID (2022) y Banco Mundial (2022).

Tabla I.8. Número de usuarios y costo del sistema en el escenario de media cobertura (50%)

Países	Residencias (5%)		Cuidado domiciliario (25%)		Centros de día (10%)		Teleasistencia (10%)		Costo del sistema	
	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Costo total de los servicios	Costo % PIB
Argentina	19,940	230,190,951	99,702	962,699,812	39,881	85,785,448	39,881	14,357,121	1,293,033,332	0.29
Bolivia	6,258	74,339,892	31,290	310,902,753	12,516	27,704,308	12,516	4,505,742	417,452,696	1.02
Brasil	106,575	1,269,405,933	532,876	5,308,883,110	213,150	473,070,534	213,150	76,734,100	7,128,093,678	0.38
Chile (2017)	14,129	220,806,798	70,647	923,453,600	28,259	82,288,248	28,259	10,173,131	1,236,721,776	0.45
Colombia	31,265	312,864,759	156,326	1,308,456,493	62,530	116,595,562	62,530	22,510,978	1,760,427,793	0.54
Costa Rica	4,273	69,338,618	21,363	289,986,527	8,545	25,840,479	8,545	3,076,247	388,241,871	0.61
Ecuador	10,316	119,529,317	51,582	499,893,026	20,633	44,545,087	20,633	7,427,831	671,395,261	0.62
El Salvador	1,486	11,950,594	7,432	49,979,528	2,973	4,453,638	2,973	1,070,225	67,453,985	0.25
Guatemala	7,307	79,348,187	36,534	331,848,339	14,613	29,570,753	14,613	5,260,837	446,028,117	0.58
Guyana	416	3,145,386	2,082	13,154,568	833	1,172,194	833	299,847	17,771,994	0.34
Honduras	4,063	35,469,629	20,316	148,340,344	8,127	13,218,495	8,127	2,925,569	199,954,037	0.80
México (2018)	123,569	1,173,649,254	617,845	4,908,411,518	247,138	437,384,815	247,138	88,969,717	6,608,415,304	0.54
Panamá	3,134	54,932,995	15,672	229,739,628	6,269	20,471,923	6,269	2,256,774	307,401,320	0.46
Paraguay	1,432	13,972,198	7,161	58,434,236	2,864	5,207,030	2,864	1,031,142	78,644,606	0.21
Perú	20,220	212,272,578	101,102	887,761,965	40,441	79,107,793	40,441	14,558,710	1,193,701,046	0.52
República Dominicana	4,514	36,281,675	22,568	151,736,466	9,027	13,521,121	9,027	3,249,812	204,789,073	0.23
Uruguay	2,502	44,154,481	12,510	184,661,955	5,004	16,455,086	5,004	1,801,369	247,072,891	0.40
<i>Promedio no ponderado</i>	21,259	233,038,426	106,295	974,608,463	42,518	86,846,618	42,518	15,306,421	1,309,799,928	0.48

Fuente: Elaboración propia con datos del BID (2022) y Banco Mundial (2022).

Tabla I.9. Número de usuarios y costo del sistema en el escenario de alta cobertura (70%)

Países	Residencias (5%)		Cuidado domiciliario (45%)		Centros de día (10%)		Teleasistencia (10%)		Costo del sistema	
	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Costo total de los servicios	Costo % PIB
Argentina	19,940	230,190,951	179,464	1,732,859,662	39,881	85,785,448	39,881	14,357,121	2,063,193,182	0.46
Bolivia	6,258	74,339,892	56,322	559,624,955	12,516	27,704,308	12,516	4,505,742	666,174,898	1.63
Brasil	106,575	1,269,405,933	959,176	9,555,989,598	213,150	473,070,534	213,150	76,734,100	11,375,200,166	0.61
Chile (2017)	14,129	220,806,798	127,164	1,662,216,480	28,259	82,288,248	28,259	10,173,131	1,975,484,656	0.71
Colombia	31,265	312,864,759	281,387	2,355,221,688	62,530	116,595,562	62,530	22,510,978	2,807,192,987	0.87
Costa Rica	4,273	69,338,618	38,453	521,975,749	8,545	25,840,479	8,545	3,076,247	620,231,093	0.97
Ecuador	10,316	119,529,317	92,848	899,807,447	20,633	44,545,087	20,633	7,427,831	1,071,309,682	0.99
El Salvador	1,486	11,950,594	13,378	89,963,150	2,973	4,453,638	2,973	1,070,225	107,437,608	0.40
Guatemala	7,307	79,348,187	65,760	597,327,010	14,613	29,570,753	14,613	5,260,837	711,506,788	0.92
Guyana	416	3,145,386	3,748	23,678,222	833	1,172,194	833	299,847	28,295,649	0.55
Honduras	4,063	35,469,629	36,570	267,012,618	8,127	13,218,495	8,127	2,925,569	318,626,312	1.28
México (2018)	123,569	1,173,649,254	1,112,121	8,835,140,732	247,138	437,384,815	247,138	88,969,717	10,535,144,518	0.86
Panamá	3,134	54,932,995	28,210	413,531,330	6,269	20,471,923	6,269	2,256,774	491,193,023	0.73
Paraguay	1,432	13,972,198	12,889	105,181,625	2,864	5,207,030	2,864	1,031,142	125,391,995	0.33
Perú	20,220	212,272,578	181,984	1,597,971,536	40,441	79,107,793	40,441	14,558,710	1,903,910,618	0.83
República Dominicana	4,514	36,281,675	40,623	273,125,638	9,027	13,521,121	9,027	3,249,812	326,178,246	0.37
Uruguay	2,502	44,154,481	22,517	332,391,518	5,004	16,455,086	5,004	1,801,369	394,802,454	0.64
<i>Promedio no ponderado</i>	21,259	233,038,426	191,330	1,754,295,233	42,518	86,846,618	42,518	15,306,421	2,089,486,699	0.77

Fuente: Elaboración propia con datos del BID (2022) y Banco Mundial (2022).

Tabla I.10. Número de usuarios y costo del sistema en el escenario de cobertura total (100%)

Países	Residencias (5%)		Cuidado domiciliario (75%)		Centros de día (10%)		Teleasistencia (10%)		Costo del sistema	
	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Usuarios	Costo total anual	Costo total de los servicios	Costo % PIB
Argentina	19,940	230,190,951	299,107	2,888,099,436	39,881	85,785,448	39,881	14,357,121	3,218,432,956	0.71
Bolivia	6,258	74,339,892	93,870	932,708,259	12,516	27,704,308	12,516	4,505,742	1,039,258,202	2.54
Brasil	106,575	1,269,405,933	1,598,627	15,926,649,330	213,150	473,070,534	213,150	76,734,100	17,745,859,898	0.95
Chile (2017)	14,129	220,806,798	211,940	2,770,360,800	28,259	82,288,248	28,259	10,173,131	3,083,628,977	1.11
Colombia	31,265	312,864,759	468,979	3,925,369,480	62,530	116,595,562	62,530	22,510,978	4,377,340,779	1.35
Costa Rica	4,273	69,338,618	64,088	869,959,581	8,545	25,840,479	8,545	3,076,247	968,214,926	1.51
Ecuador	10,316	119,529,317	154,746	1,499,679,078	20,633	44,545,087	20,633	7,427,831	1,671,181,313	1.55
El Salvador	1,486	11,950,594	22,296	149,938,583	2,973	4,453,638	2,973	1,070,225	167,413,041	0.62
Guatemala	7,307	79,348,187	109,601	995,545,017	14,613	29,570,753	14,613	5,260,837	1,109,724,795	1.44
Guyana	416	3,145,386	6,247	39,463,704	833	1,172,194	833	299,847	44,081,130	0.85
Honduras	4,063	35,469,629	60,949	445,021,031	8,127	13,218,495	8,127	2,925,569	496,634,724	1.99
México (2018)	123,569	1,173,649,254	1,853,536	14,725,234,553	247,138	437,384,815	247,138	88,969,717	16,425,238,339	1.34
Panamá	3,134	54,932,995	47,016	689,218,884	6,269	20,471,923	6,269	2,256,774	766,880,576	1.14
Paraguay	1,432	13,972,198	21,482	175,302,708	2,864	5,207,030	2,864	1,031,142	195,513,078	0.52
Perú	20,220	212,272,578	303,306	2,663,285,894	40,441	79,107,793	40,441	14,558,710	2,969,224,975	1.30
República Dominicana	4,514	36,281,675	67,704	455,209,397	9,027	13,521,121	9,027	3,249,812	508,262,005	0.57
Uruguay	2,502	44,154,481	37,529	553,985,864	5,004	16,455,086	5,004	1,801,369	616,396,800	1.01
<i>Promedio no ponderado</i>	21,259	233,038,426	318,884	2,923,825,388	42,518	86,846,618	42,518	15,306,421	3,259,016,854	1.21

Fuente: Elaboración propia con datos del BID (2022) y Banco Mundial (2022).

Anexo II – Análisis de la viabilidad de un esquema de financiamiento por imposición general bajo diferentes escenarios de cobertura

Tabla II.1. Viabilidad del financiamiento por medio de imposición general - Media cobertura (50%)

Países	Costo del sistema (% PIB)	Ingresos tributarios en las principales partidas (neta de seguridad social) (% PIB)	Aumento % en los ingresos tributarios (netos de seguridad social)
Argentina	0.29	22.90	1.25
Bolivia	1.02	18.50	5.52
Brasil	0.38	24.60	1.54
Chile (2017)	0.45	18.70	2.39
Colombia	0.54	17.90	3.04
Costa Rica	0.61	15.40	3.93
Ecuador	0.62	14.60	4.25
El Salvador	0.25	18.10	1.39
Guatemala	0.58	10.90	5.31
Guyana	0.34	21.10	1.63
Honduras	0.80	18.50	4.34
México (2018)	0.54	13.80	3.92
Panamá	0.46	8.30	5.53
Paraguay	0.21	10.20	2.03
Perú	0.52	14.60	3.58
República Dominicana	0.23	13.50	1.71
Uruguay	0.40	21.40	1.89
<i>Promedio no ponderado</i>			
América Latina y el Caribe	0.48	16.65	3.13
OCDE	1.5	24.6	6.10

Fuente: Elaboración propia con base en datos de BID (2022), OCDE et al. (2021); OCDE et al. (2019).

Notas: Las celdas en verde evidencian la factibilidad de los mecanismos en cada país.

Tabla II.2. Viabilidad del financiamiento por medio de imposición general - Alta cobertura (70%)

Países	Costo del sistema (% PIB)	Ingresos tributarios en las principales partidas (neta de seguridad social) (% PIB)	Aumento % en los ingresos tributarios (netos de seguridad social)
Argentina	0.46	22.90	1.99
Bolivia	1.63	18.50	8.81
Brasil	0.61	24.60	2.46
Chile (2017)	0.71	18.70	3.81
Colombia	0.87	17.90	4.85
Costa Rica	0.97	15.40	6.29
Ecuador	0.99	14.60	6.79
El Salvador	0.40	18.10	2.21
Guatemala	0.92	10.90	8.48
Guyana	0.55	21.10	2.59
Honduras	1.28	18.50	6.91
México (2018)	0.86	13.80	6.25
Panamá	0.73	8.30	8.83
Paraguay	0.33	10.20	3.24
Perú	0.83	14.60	5.71
República Dominicana	0.37	13.50	2.72
Uruguay	0.64	21.40	3.01
<i>Promedio no ponderado</i>			
América Latina y el Caribe	0.77	16.65	5.00
OCDE	1.5	24.6	6.10

Fuente: Elaboración propia con base en datos de BID (2022), OCDE et al. (2021); OCDE et al. (2019).

Notas: Las celdas en verde evidencian la factibilidad de los mecanismos en cada país.