

NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-03008

Envejecimiento y atención a la dependencia en Bolivia

Catherine Dusseau
Natalia Aranco

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2024



Envejecimiento y atención a la dependencia en Bolivia

Catherine Dusseau
Natalia Aranco

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2024



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

Dusseau, Catherine.

Envejecimiento y atención a la dependencia en Bolivia / Catherine Dusseau, Natalia Aranco.

p. cm. - (Nota técnica del BID ; 3008)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Population aging-Bolivia. 2. Long-term care facilities-Bolivia. 3. Social integration-Bolivia. 4. Older people-Bolivia. I. Aranco, Natalia. II. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. III. Título. IV. Serie.

IDB-TN-3008

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2024 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. 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 Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). 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 y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





Envejecimiento y atención a la dependencia en Bolivia

Co-publicación BID-Eurosocial

Catherine Dusseau
Natalia Aranco

Envejecimiento y atención a la dependencia en Bolivia

Catherine Dusseau, Natalia Aranco^{1,2}

Resumen

El proceso de envejecimiento de la población que está teniendo lugar en Bolivia generará presiones para el desarrollo de servicios de cuidados de largo plazo.

Este documento muestra que la oferta de estos servicios por parte del sector público se compone principalmente de servicios residenciales, donde el ingreso se determina según el nivel de vulnerabilidad socioeconómica de la persona mayor. Aunque existen centros de día, sus objetivos son fundamentalmente recreacionales y no se dispone de servicios públicos de cuidados en el hogar. No obstante, cabe destacar el rol potencial de otros programas públicos que, si bien no están destinados específicamente a la población mayor con dependencia, pueden brindar apoyo a las personas con pérdida de autonomía, como los comedores populares y los programas de vivienda. La oferta de servicios de cuidado de largo plazo por parte del sector privado está poco desarrollada y, al igual que en el sector público, está conformada casi exclusivamente por hogares residenciales.

El escaso desarrollo de servicios hace que las responsabilidades de cuidados sean en su mayoría asumidas por las mujeres de la familia en forma no remunerada, con consecuencias sobre su autonomía económica y su salud.

Clasificación JEL: H5, I18, J14, J18

Palabras claves: envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, cuidados de largo plazo, cuidados de larga duración, inclusión social, América Latina y el Caribe, Bolivia, personas mayores.

¹ Natalia Aranco es consultora de la División de Protección Social y Salud de l Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ; Catherine Dusseau es consultora independiente, experta en cuidados de largo plazo.

² Las autoras agradecen muy especialmente los aportes recibidos durante entrevistas mantenidas con representantes del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades del Ministerio de Justicia, del Ministerio de Salud y Deportes, de los Servicios Departamentales de Gestión Social de La Paz y Cochabamba, del Servicio Departamental de Políticas Sociales de Santa Cruz, del Centro de Orientación Socio Legal de La Paz, de la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia, y Caritas Bolivia, que fueron claves para la elaboración del documento. También agradecen especialmente al Director de la Fundación Tekokavi, Jaime Ayra por la facilitación de estas entrevistas claves y sus comentarios, y a Ivanna Moreira de la Agencia Francesa de Desarrollo/Expertise France. Por último, un agradecimiento especial a Marco Stampini, Pablo ibarrarán, y Francisco Ochoa, del Banco Interamericano de Desarrollo por sus aportes al documento. La edición profesional del documento estuvo a cargo de Alejandra Adoum. Los errores y omisiones que permanezcan en el texto son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Resumen ejecutivo

En Bolivia, se espera que el proceso de envejecimiento de la población, aunque incipiente, se acelere en el futuro cercano, lo que generará presiones para el desarrollo de servicios que atiendan las necesidades de apoyo diario de las personas mayores, conocidos como servicios de cuidados de largo plazo o servicios de atención a la dependencia. Según las últimas proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (2020), se estimaba que en 2022 habría 1 267 190 personas mayores de 60 años³, lo que representa aproximadamente el 10,4% de la población total, del cual 53% son mujeres.⁴ Se prevé que este porcentaje se duplique en menos de 40 años.

La prevalencia de la dependencia funcional en Bolivia podría llegar al 14,3% de la población mayor de 65 años, lo que equivale a 125 160 personas (Aranco et al., 2022). Solamente debido al envejecimiento de la población, esta cifra podría triplicarse hacia el 2050 (Ibíd.). El proceso de envejecimiento y los altos niveles de pobreza entre la población mayor se combinan con niveles relativamente elevados de ruralidad, e imponen aún más desafíos.

Este documento muestra que dichos servicios aún están escasamente desarrollados en el país, si bien el tema está cobrando relevancia en la agenda de política pública. La oferta de cuidados del sector público se compone de residenciales de largo plazo, donde el ingreso se determina según el nivel de vulnerabilidad socioeconómica de la persona mayor. Aunque existen centros de día, sus objetivos son fundamentalmente recreacionales y no se dispone de servicios públicos de cuidados en el hogar. No obstante, cabe destacar el rol potencial de otros programas públicos que, si bien no están destinados específicamente a la población mayor con dependencia, pueden brindar apoyo a las personas con pérdida de autonomía, como los comedores populares y los programas de vivienda. La oferta de servicios de cuidado de largo plazo por parte del sector privado está poco desarrollada y, al igual que en el sector público, está conformada casi exclusivamente por hogares residenciales.

El escaso desarrollo de los servicios, tanto públicos como privados, hace que las responsabilidades de cuidados de las personas mayores en Bolivia sean en su mayoría asumidas por las mujeres de la familia —además en forma no remunerada—, lo que constituye un reto importante para su inserción en el mercado laboral, con consecuencias en su autonomía económica y su salud.

Este informe es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidados para personas con dependencia, y fue llevado a cabo por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Programa de la Unión Europea EUROsociAL+.

³ En el texto se utilizarán indistintamente los términos “personas adultas mayores” (habitual en la documentación boliviana) y “personas mayores” para nombrar a las personas mayores de 60 años.

⁴ Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística. Estimaciones y proyecciones de población, Revisión 2020.

Introducción

Uno de los desafíos del envejecimiento poblacional es el aumento de personas que, debido a la pérdida de capacidades funcionales, necesitan apoyo para realizar actividades de la vida diaria; es decir, que se encuentran en una situación de dependencia funcional (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2015).

En Bolivia, se espera que el proceso de envejecimiento de la población, aunque incipiente, se acelere en el futuro cercano, generando presiones para el desarrollo de servicios que atiendan las necesidades de apoyo diario de las personas mayores, conocidos como servicios de cuidados de largo plazo o servicios de atención a la dependencia. Según la OMS, estos servicios se refieren a las actividades que otros realizan para que las personas en situación de dependencia puedan mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (OMS, 2015).

Si bien Bolivia ha sido pionera en el desarrollo de políticas y leyes para la población mayor, el tema de la dependencia funcional no ha sido, hasta ahora, parte de la agenda política y programática del país. El objetivo del presente documento es analizar el punto de partida y los posibles caminos hacia el fortalecimiento de la oferta y la calidad de los servicios de cuidados de largo plazo.

El documento está estructurado de la siguiente manera: en la sección 1 se resume la situación poblacional, destacando los desafíos que la evolución demográfica genera para las políticas públicas de cuidados. En la sección 2 se analiza el papel del sector público en relación con la atención a la dependencia de personas mayores, tanto en la provisión de servicios como en la formulación e implementación de la normativa correspondiente. En la sección 3 se ofrece un panorama de la incipiente oferta de servicios privados. La sección 4 concluye con los principales retos que enfrenta el país en el área de cuidados de personas mayores, y algunas líneas potenciales de trabajo, tomando como ejemplo las experiencias nacionales y regionales más relevantes.

Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia

1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos

Bolivia inicia su proceso de transición demográfica de forma tardía en comparación con otros países de la región (Cafagna et al., 2019). Sin embargo, en los últimos años, la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de fecundidad, así como las mejoras en la esperanza de vida, han dado inicio a un proceso de envejecimiento de la población en el país, que se espera que continúe en los años próximos.

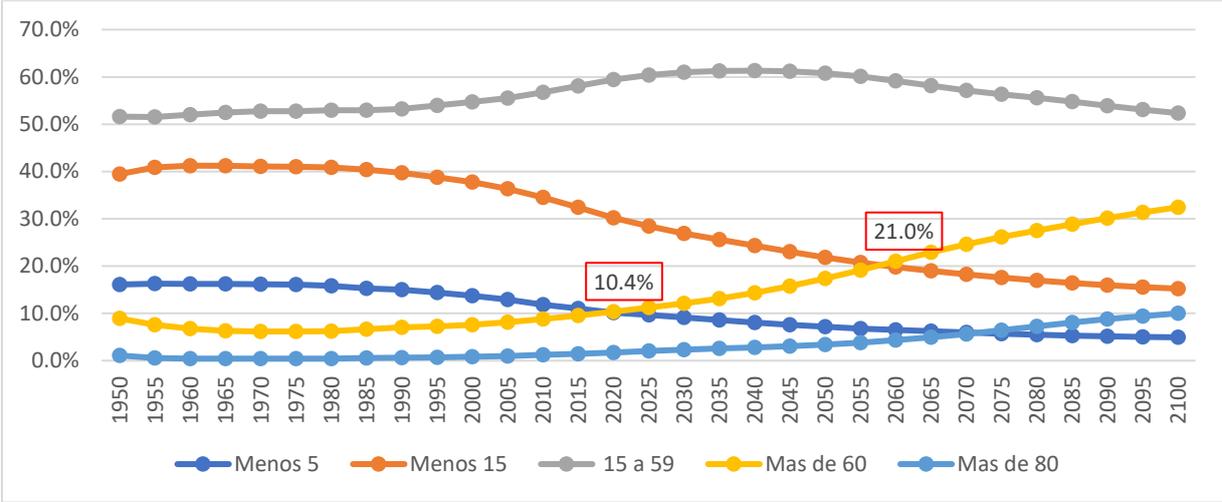
En sus últimas proyecciones de población (2020), el Instituto Nacional de Estadísticas estimaba que en 2022 el número de personas mayores de 60 años alcanzaría 1 267 190, lo que equivale aproximadamente al 10,4% de la población total. El 53% son mujeres.

Aunque la proporción de personas mayores es menor que en otras regiones como Europa, el proceso de envejecimiento es más acelerado en América Latina y será aún más rápido en Bolivia. En efecto, mientras que a Europa, Estados Unidos y otros países más avanzados en la transición demográfica de la región, como Uruguay y Argentina, les llevó entre 52 y 67 años que la población de 65 años o más pasara de representar el 10% de la población al 20%, en Bolivia este cambio tomará 37 años (Aranco et al., 2022). Esta velocidad de envejecimiento

acorta el tiempo de diseño e implementación de políticas para esta población en comparación con otros países ya envejecidos.

En 2020, Bolivia contaba con tantas personas mayores de 60 años como niños menores de 5 años. A partir de este punto, se espera un aumento relativo de las personas mayores en comparación con los demás grupos etarios. Se proyecta que la velocidad de crecimiento del grupo poblacional de 60 años y más sea superior a la de la población general y a la de los grupos más jóvenes. En consecuencia, se estima que el porcentaje de personas mayores se duplicará en menos de 40 años, y en 2060 habrá tantas personas mayores de 60 como de niños menores de 15 años. Esta evolución se observa en la Figura 1.

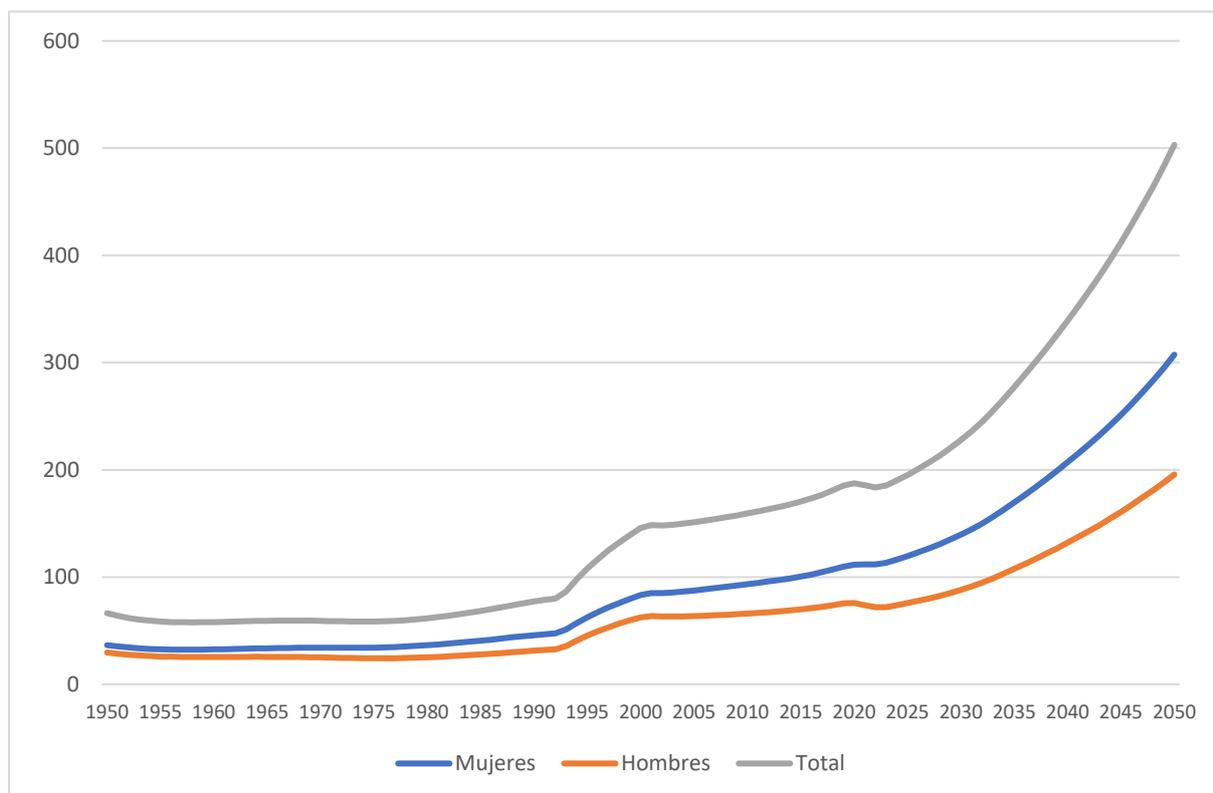
Figura 1. Evolución de los grupos de edades (en porcentaje) entre 1990 y 2060



Fuente: elaboración propia con base en Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Panorama Mundial de Población (Revisión 2019). Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>

El grupo de personas mayores de 75 años aumentará aún más rápidamente que los demás. En el gráfico 5 se observa este crecimiento exponencial, ya que se estima que pase de 187 mil personas en 2020 a 503 mil en 2050, lo que significa un incremento del 1,6% a 3% como porcentaje de la población en el período. Este dato debe ser tomado en cuenta en la planificación nacional de políticas de cuidados dado que los niveles de dependencia y de enfermedades no transmisibles aumentan con la edad, impactando en las necesidades de servicios de cuidados (Medellín et al., 2018; OMS, 2015).

Figura 2. Evolución del número de personas mayores de 75 años, 1950 – 2050



Fuente: elaboración propia con base en Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Panorama Mundial de Población (Revisión 2019). Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>

1.2 Condiciones de salud, limitaciones y dependencia funcional entre las personas mayores

Las personas mayores son más propensas a experimentar estados de salud complejos, una pérdida paulatina de sus capacidades físicas y mentales, y una mayor predisposición a contraer enfermedades (OMS, 2015), todo lo cual contribuye a una mayor demanda de cuidados. En Bolivia, hay muy pocos estudios sobre la prevalencia y los comportamientos en poblaciones abiertas. Además, ciertas patologías o síndromes frecuentes en la vejez⁵ no están incluidos en las categorías de mortalidad y morbilidad en las estadísticas del Ministerio de Salud, por lo que los resultados presentados en esta sección se basan en los datos proporcionados por el estudio de Carga Global de Enfermedades.

1.2.1 Esperanza de vida y esperanza de vida saludable

La esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, pasando de menos de 40 años en 1950, a 63,9 años comienzos del siglo XXI y a 72,3 años en 2020 (69,5 para los hombres y 75,4 para las mujeres)⁶. Este incremento ha sido en gran

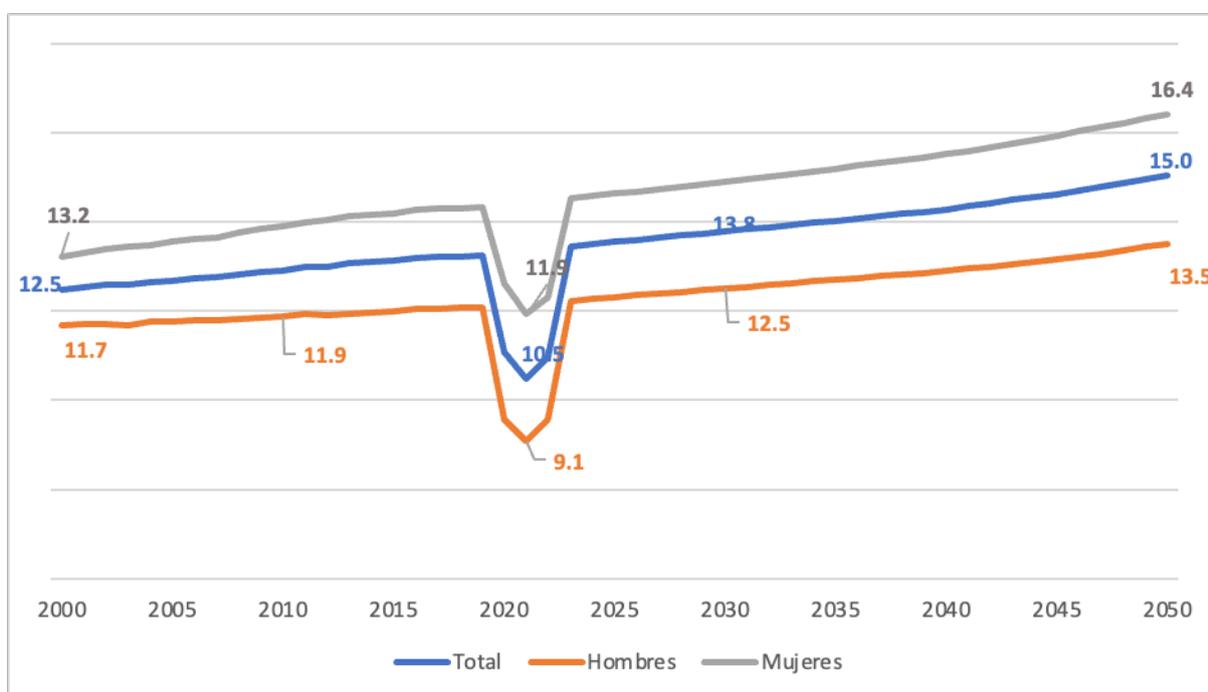
⁵ Síndromes geriátricos: estados de salud complejos que suelen ocurrir en la edad avanzada y que no están incluidos en las categorías de enfermedades específicas. A menudo, son consecuencia de múltiples factores subyacentes y disfunciones en varios sistemas orgánicos (OMS, 2015).

⁶ CELADE, División de Población de la CEPAL (Revisión 2019) y Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Panorama Mundial de Población (Revisión 2019). Disponible en: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>

parte influenciado por la reducción de la mortalidad infantil, que disminuyó de 81,9/1000 en 1989 a 24/1000 en 2016.⁷

La esperanza de vida a los 65 años⁸ es un indicador más ilustrativo de la realidad de las personas que llegan a la vejez, en particular de las condiciones de vida y de salud que han experimentado a lo largo de la vida. En 2000, una persona que llegaba a los 65 años podía esperar vivir, en promedio, 12,5 años más; para el año 2030 se prevé que esa persona podrá aspirar a vivir 14 años más, es decir, 1,5 años más que a comienzos de siglo (véase la Figura 3). Según la evidencia internacional, las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres, y se proyecta que la brecha de género aumente en los próximos años. Es importante destacar que la tendencia al alza de este indicador fue retomada luego de la notable caída observada en 2020 y 2021, como consecuencia de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19.

Figura 3. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años



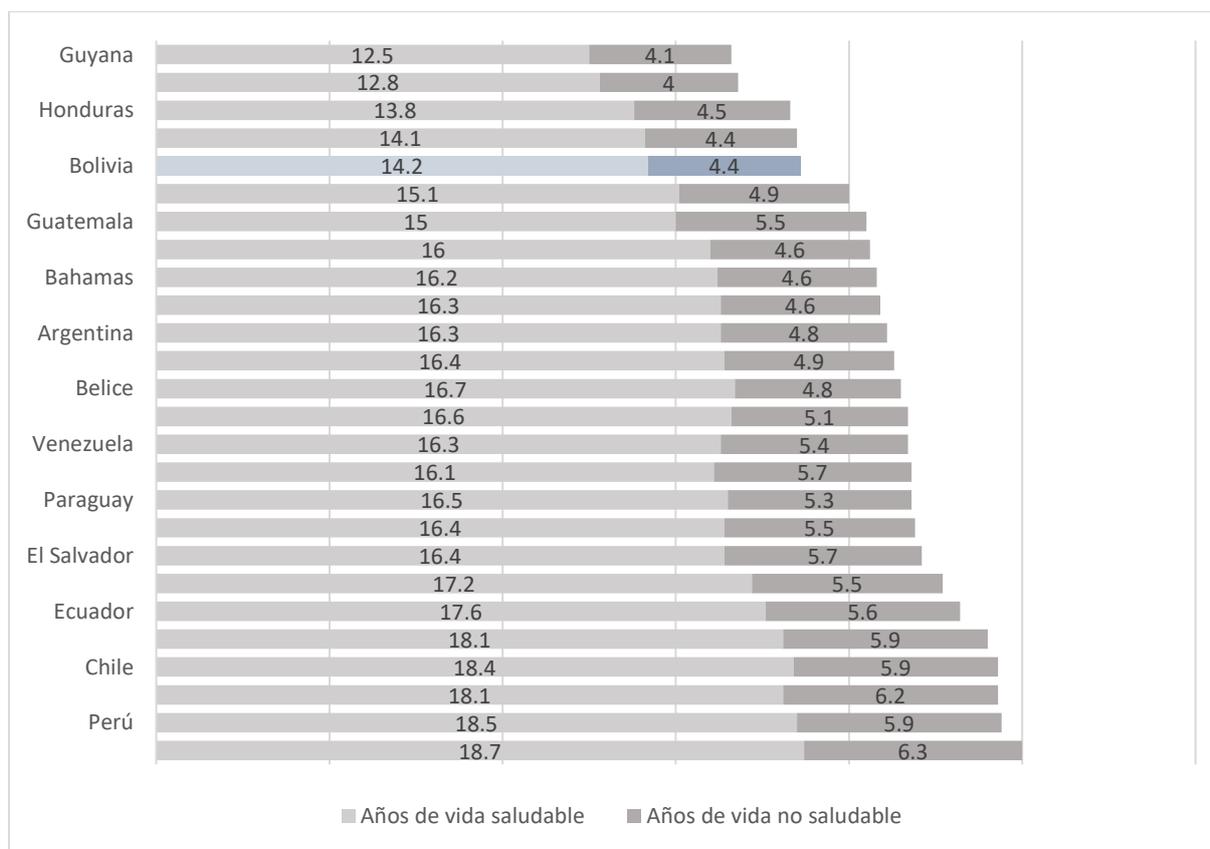
Fuente: elaboración propia con base en Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Panorama Mundial de Población (Revisión 2019). Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>

Las mejoras en la esperanza de vida no significan necesariamente que las personas estén viviendo en mejores condiciones de salud. A nivel global, existe una brecha sustancial entre el número de años vividos y el número de años vividos en buena salud sin discapacidad. Esta brecha entre la esperanza de vida total y los años vividos en buena salud tarda en cerrarse; más aún, con el aumento de la longevidad y el manejo a largo plazo de enfermedades crónicas, que permite vivir durante muchos años en condiciones de salud subóptimas, esa diferencia puede incluso aumentar.

⁷ Instituto Nacional de Estadística (Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1989, 1994, 1998, 2003, 2008; Encuesta de Demografía y Salud 2016); y Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna 2015.

⁸ Tiempo de vida suplementario promedio que una persona tiene cuando llega a los 60 años de vida.

Figura 4. Esperanza de vida a los 60 años



Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-age-60>

La Figura 4 muestra la esperanza de vida a los 60 años como la suma entre la esperanza de vida saludable y la esperanza de vida no saludable (es decir, la cantidad de años que, en promedio, una persona de 60 años puede esperar vivir con alguna enfermedad y limitación). Se observa que la población mayor en Bolivia tiene una de las esperanzas de vida saludable más bajas de la región (14,2 años en total), solo por delante de Guyana, Haití, Honduras y Surinam.

1.2.2 Condiciones de salud entre la población mayor

El proceso de transición demográfica está acompañado de lo que se conoce como el proceso de transición epidemiológica, que se caracteriza por un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en relación con las enfermedades transmisibles e infecciosas. En efecto, las enfermedades crónicas no transmisibles han pasado de representar el 40% del total de la carga de mortalidad en 1990 al 70% en 2019. Entre las personas mayores de 70 años, las enfermedades no transmisibles representan el 83% del total de defunciones, siendo las enfermedades cardiovasculares, los neoplasmas y la diabetes las tres principales causas en la lista (datos de Global Burden of Disease 2019).

La Tabla 1 muestra las principales causas de años de vida perdidos entre las personas mayores en Bolivia, ya sea por muerte prematura o por discapacidad, para hombres y mujeres. Destaca la preponderancia de las enfermedades crónicas no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, los neoplasmas y la diabetes, aunque la incidencia de las

enfermedades infecciosas, en particular las infecciones respiratorias, no debería pasarse por alto.

Tabla 1. Principales causas de años de vida perdidos entre la población mayor de 70 años, por sexo, 2019 (% del total)

	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades cardiovasculares	27.4%	28.9	28.2%
Neoplasmas	21.5%	19.3%	20.4%
Diabetes y otras enfermedades renales	11.9%	14.8%	13.4%
Infecciones respiratorias	10.2%	10.9%	10.6%
Enfermedades del aparato digestivo	8.1%	7.5%	7.8%
Enfermedades respiratorias crónicas	7.6%	6.8%	7.2%
Desórdenes neurológicos	4.5%	4.5%	4.5%
Deficiencias nutricionales	1.1%	1.4%	1.2%
Lesiones accidentales	2.4%	1.5%	2%
Otras enfermedades crónicas	1.1%	1.1%	1.1%

Fuente: elaboración propia con base en los datos del estudio IHME Global Burden of Disease 2019. Disponible en:

1.2.3 Limitaciones, dependencia funcional, y discapacidad

El proceso de envejecimiento puede propiciar la aparición de limitaciones funcionales y de dependencia funcional, es decir, de dificultades para realizar las actividades diarias. Además de las personas mayores, las personas en situación de discapacidad de todas las edades también son propensas a requerir asistencia para el desempeño de actividades de la vida diaria. No todas las personas mayores ni todas las personas en situación de discapacidad son dependientes; la gran mayoría de ambas poblaciones puede llevar una vida autónoma.

Es importante destacar que el concepto de dependencia funcional es diferente del concepto de discapacidad, que se define según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2017), aunque ambos tienen componentes en común. En el recuadro 1, se precisan los conceptos utilizados en este documento en torno a la dependencia.

Recuadro 1. Conceptos clave: dependencia y discapacidad

La OMS (2015) define **capacidad intrínseca** como la “combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona” y la **capacidad funcional** como “los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar”. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características medioambientales pertinentes y las interacciones entre el individuo y estas características.

A raíz de enfermedades o deficiencias (pérdida o anomalía de una estructura corporal o de una función fisiológica, incluidas las funciones mentales), o del envejecimiento, la capacidad funcional puede verse disminuida, limitando el desempeño de las actividades diarias. Esta disminución puede ser compensada con tratamiento, rehabilitación, asistencia técnica, o puede requerir de la asistencia de otra persona para la realización de las actividades diarias. Cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo esas tareas sin asistencia, se habla de dependencia funcional.

La **dependencia funcional** se refiere a la situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente. Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo muy elemental incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad define a las personas en situación de **discapacidad** como aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006). Por su parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) cataloga la situación de discapacidad de las personas en relación con cuatro componentes: i) funciones corporales, ii) estructuras corporales, iii) actividades y participación, y iv) factores ambientales (OMS, 2001). La CIF también incluye en su definición factores ambientales que se refieren a la tecnología, el ambiente natural, el soporte y las relaciones, actitudes, y los servicios y políticas que existen en el contexto donde se desenvuelve la persona.

Para determinar el número de personas con discapacidad en una población no se utiliza la CIF, sino instrumentos más breves que permiten identificar a la mayoría de las personas con discapacidad y que son compatibles con el concepto de discapacidad de la CIF. Por ejemplo, el cuestionario corto del Grupo de Washington (*The Washington Group on Disability Statistics 2017*) pregunta si la persona presenta dificultad para caminar y moverse, ver (a pesar de usar lentes), oír (a pesar de usar aparato auditivo), caminar o subir escaleras, recordar o concentrarse, el cuidado personal (incluyendo bañarse o vestirse) o al usar el lenguaje para comunicarse.

Fuente: elaboración propia sobre la base de definiciones de la OMS 2015 y de Medellín (2018).

No existe en el país ningún estudio nacional que indague sobre la presencia de limitaciones y dependencia funcional entre la población. El único que explora la prevalencia de limitaciones entre las personas mayores es la Encuesta de Hogares a Personas Adultos Mayores, y data de 2011 (EPAM 2011, UDAPE 2013). La encuesta pregunta sobre la existencia de algunas limitaciones físicas, sensoriales y cognitivas, y encuentra que el 61% de las personas de más de 55 años expresan tener al menos una limitación (lo cual equivale a más de 700 mil personas). Como se aprecia en la Tabla 2, para todos los grupos de edad, las mujeres tienen mayores probabilidades de presentar al menos una limitación.

Tabla 2. Existencia de limitaciones por edad y sexo

	55 a 59		60 a 74		75 y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Al menos una limitación	59%	70%	54%	69%	50%	55%
Limitaciones para ver	74%	76%	80%	83%	79%	84%
Limitaciones para oír	30%	31%	50%	51%	71%	61%
Demencia	5%	8%	9%	10%	13%	12%
Dificultad para caminar	18%	27%	23%	33%	30%	36%

Fuente: Encuesta de Hogares a Personas Adultos Mayores y cercanas a la edad de 60 años (2011); UDAPE 2013.

Sin embargo, la encuesta no proporciona información sobre la capacidad funcional de los individuos, es decir, si necesitan asistencia en sus actividades diarias. Ante la falta de datos, basándose en el perfil demográfico y epidemiológico del país, Aranco et al. (2022) estiman que la prevalencia de la dependencia funcional en Bolivia podría alcanzar el 14,3% de la población mayor de 65 años, lo que equivale a 125 160 personas. Solo debido al envejecimiento proyectado de la población, según los autores, esta cifra se triplicaría hacia el 2050. Debido, en parte, a su mayor esperanza de vida y a que son más propensas a experimentar enfermedades caracterizadas por bajas tasas de mortalidad, pero altamente debilitantes, a nivel internacional las mujeres suelen presentar mayores tasas de dependencia funcional que los hombres.

1.3 Características socioeconómicas de las personas mayores en Bolivia

Las características socioeconómicas de las personas mayores influyen en la demanda de cuidados de largo plazo por al menos dos motivos fundamentales. En primer lugar, existe una asociación negativa entre el nivel socioeconómico de los individuos —medido, por ejemplo, por el nivel educativo— y la probabilidad de necesitar ayuda para realizar actividades de la vida diaria (Aranco et al., 2022). En segundo lugar, el nivel socioeconómico es un factor determinante de la capacidad de acceso a los servicios de cuidados por parte de aquellos individuos que los necesitan, ya sea a través de programas y servicios públicos o mediante su adquisición en el mercado privado. Por lo tanto, en este apartado se abordarán de manera concisa las características socioeconómicas de la población mayor en Bolivia.

El porcentaje de personas mayores con ingreso individual por debajo de la línea de pobreza internacional de 5 dólares por día (ajustado por poder adquisitivo) es alto en Bolivia. En 2019 alcanzaba al 37% de los mayores de 65 años, con una marcada diferencia de género: el 23% para los hombres y el 50% para las mujeres (Aranco et al., 2022). Esto es así pese a la significativa expansión de la cobertura de las pensiones no contributivas registrada desde el año 2000 a través del programa Renta Dignidad, que actualmente beneficia aproximadamente al 97% de las personas mayores (Ibíd.). Por su parte, la cobertura de las pensiones contributivas sigue siendo limitada debido a los altos niveles de informalidad laboral en el país. En efecto, según los mismos autores, en 2019 solo alrededor del 30% de las personas mayores de 65 años recibían una pensión contributiva (38% de los hombres y el 25% de las mujeres).

Los elevados niveles de pobreza se combinan con una proporción relativamente alta de población mayor que vive en zonas rurales. A diferencia de muchos países de la región que han experimentado un proceso de migración hacia las ciudades en las últimas décadas, en Bolivia este fenómeno ha sido lento. En 2022, el 40% de las personas mayores de 60 años vivían en áreas rurales, en comparación con el 49% en 2001 (INE, 2022). Asimismo, es importante destacar la diversidad cultural del país, con tradiciones muy arraigadas, especialmente entre la población mayor, que influyen en las creencias y valores relacionados con el papel de la familia y la organización comunitaria de los cuidados.

Es fundamental analizar los arreglos de convivencia de las personas mayores, ya que, al igual que en la mayor parte de los países, son los familiares y amigos cercanos quienes se encargan principalmente del cuidado de las personas mayores, por lo general de forma no remunerada. Según datos de la encuesta de hogares de 2021, el 15% de las personas mayores que viven en las ciudades lo hacen en hogares unipersonales. Esta cifra asciende al 20% en áreas rurales, en consonancia con los procesos de migración internos que llevan a las personas más jóvenes a alejarse del campo y moverse a las ciudades.

Los altos índices de pobreza, la ruralidad y la alta proporción de personas mayores que viven solas adquieren particular relevancia al diseñar programas y servicios de atención a la dependencia para esta población.

Sección 2. El papel del gobierno en la regulación y la provisión de servicios de atención a la dependencia

En principio, el Estado desempeña un papel crucial tanto en la definición de normas, políticas y programas de atención a la dependencia, así como en el garantizar una provisión de servicios que sea accesible a quienes lo requieran. También es responsable de asegurar la calidad de estos servicios mediante la definición, regulación y supervisión de estándares de calidad. En esta sección, se presenta de modo conciso el papel del Estado boliviano en estas dimensiones.

Para entender el papel del Estado en la formulación de políticas de cuidado, es necesario tener una visión general del sistema de planificación boliviano. En este sentido, el accionar de las autoridades nacionales y subnacionales en Bolivia se rige por un sistema de planificación único centralizado, conocido como Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE). La visión centralizada de la planificación se compensa con una descentralización administrativa pues su implementación se lleva a cabo, en todo el territorio, a través de las Gobernaciones (a nivel departamental) y de los gobiernos municipales. Cabe destacar que las comunidades indígenas también tienen estatus autónomo. Sin embargo, tanto en la formulación del plan nacional como en los planes locales o sectoriales de cada Ministerio —que deben seguir los lineamientos del primero— se hace muy poca mención a las personas mayores y a las que se encuentran en situación de dependencia.

2.1 Legislación referente a las políticas de atención a la dependencia para personas mayores

Si bien el país dispone de un marco normativo amplio en relación con los derechos de las personas mayores y ha ratificado todas las normas internacionales en la materia, esto no siempre se ha traducido en acciones programáticas o políticas concretas (véase en el Anexo la lista de la normativa relativa a las personas mayores y las personas con discapacidad). Hasta la fecha, no existe ninguna ley o política específica de cuidados para las personas en situación de dependencia funcional.

La responsabilidad institucional en el desarrollo de la normativa y el diseño de políticas de atención a la dependencia para las personas mayores recae, a nivel nacional, sobre el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional. A este ministerio compete garantizar la integración e inclusión plena de las personas mayores en la sociedad, en condiciones de igualdad, y respetando sus derechos humanos y libertades fundamentales. Este compromiso se ha visto fortalecido con la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección a los Derechos Humanos de las Personas Mayores por parte de Bolivia en 2016.⁹ Bajo el Ministerio de Justicia, el órgano encargado de coordinar las políticas públicas para las personas mayores es el Consejo de Coordinación Sectorial por una Vejez Digna. Sus responsabilidades se detallan en el Recuadro 2.

Es importante destacar que no existe en Bolivia un ministerio que tenga explícitamente la responsabilidad de las políticas sociales (como un ministerio de desarrollo social o similar), lo que complejiza el desarrollo de este tipo de políticas.

La única norma nacional con rango de ley que aborda el tema de cuidados es la Ley 4034 de 2009¹⁰, que instruye la construcción e implementación de centros de apoyo para las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Esta ley asigna al Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, las Prefecturas de Departamento y los Gobiernos Municipales —en coordinación con las organizaciones profesionales y civiles de salud—, la responsabilidad del funcionamiento de estos centros, así como de la elaboración de planes, programas y proyectos para atender a su población objetivo. No obstante, la difusión e implementación de esta norma ha sido, en el mejor de los casos, débil.

Recuadro 2. Responsabilidad del Consejo por una Vejez Digna

El Artículo 15 de la Ley 369 establece las responsabilidades del Consejo:

1. Elaborar e implementar de manera coordinada, entre todos los niveles de gobierno, planes, programas y proyectos en beneficio de las personas adultas mayores.
2. Promover el desarrollo y fortalecimiento de la institucionalidad necesaria para la defensa de los derechos de las personas adultas mayores.
3. Fomentar la realización de investigaciones multidisciplinarias en todos los ámbitos que favorezcan el conocimiento de las condiciones de vida de este grupo etario.
4. Impulsar la apertura y funcionamiento de centros de acogida, transitorios y permanentes, para adultos mayores en situación de vulnerabilidad.
5. Establecer mecanismos de protección de los derechos de las personas adultas mayores.

⁹ Ley N° 872 de 2016 (véase: <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N872.html>)

¹⁰ Véase: <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-4034.html>

2.2 El papel del Estado en el aseguramiento de la calidad de los servicios

Tanto si son ofrecidos por el sector público como por el sector privado, el Estado tiene un papel clave en asegurar el adecuado funcionamiento de los servicios de cuidado. En este sentido, es responsable de definir y monitorear los estándares de calidad, así como de formar o acreditar a las entidades que forman a los recursos humanos para el cuidado.

En Bolivia, el Viceministerio de Asuntos de Género y Generaciones del Ministerio de Justicia, asistido por el Consejo de Coordinación Sectorial por una Vejez Digna, es el responsable de elaborar y poner en marcha los mecanismos para garantizar la calidad de los servicios de atención a la dependencia.

En particular, la Resolución 2 de 2014 del Consejo de Coordinación Nacional por una Vejez Digna aprobó una primera versión del reglamento para la apertura, funcionamiento y sanción en caso de incumplimiento, de los centros de acogida¹¹ para personas mayores. Esta resolución otorga a los gobiernos autónomos departamentales y municipales un plazo de cuatro meses para aprobar un reglamento departamental que adopte los lineamientos establecidos. Hasta el momento, cinco de los nueve departamentos del país lo han hecho: La Paz¹², Cochabamba¹³, Chuquisaca^{14,15}, Potosí¹⁶ y, más recientemente, Beni¹⁷.

El creciente interés que ha suscitado de tema de los cuidados en Bolivia ha llevado al Ministerio de Justicia a elaborar dos documentos técnico-normativos que buscan fijar los estándares de calidad y establecer los procedimientos de intervención de los centros de larga estadía para personas mayores en Bolivia: el Modelo Guía para la Atención a Personas Adultas Mayores en Centros de Larga Estadía (2019)¹⁸ y el Protocolo de Intervención en Centros de Acogida de Larga Estadía para Personas Mayores.¹⁹ En 2021 ambos fueron actualizados y se fusionaron en una versión que está vigente desde entonces.²⁰

El Modelo Guía para la Atención (capítulos II a VI) detalla los requisitos necesarios para la acreditación de los centros de larga estadía en términos de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, así como las sanciones en caso de incumplimiento. Por su parte, el Protocolo de Intervención es una actualización del anterior, que enriquece los criterios para brindar una atención centrada en la persona. Se sugieren procesos de evaluación y algunos instrumentos de medición de la dependencia, aunque no se identifica la pérdida de autonomía como criterio para la admisión. Esta versión incorpora asimismo un capítulo sobre las actividades a desarrollarse en los centros, pero no hay referencias a actividades de cuidados. También se describe en detalle el proceso de inspección de los centros. El documento incorpora un capítulo sobre la atención específica en caso de COVID 19 y otro sobre el protocolo a seguirse en caso de caídas. Sin embargo, más allá de las inspecciones, no se establecen criterios de

¹¹ En los documentos oficiales bolivianos se utiliza el término de “centro de acogida” para las residencias de larga estadía.

¹² Ley departamental N° 56 de Regularización de Centros de Atención Integral y su Decreto del 30 de mayo de 2014; Decreto N° 59; Reglamento a la ley departamental N° 56.

¹³ Ley departamental N° 294 de Regularización de Centros de Atención Integral de 2013.

¹⁴ Ley departamental N° 285 de 2016.

¹⁵ Ley N°120 de 25 de septiembre de 2013 y Ley Departamental N° 254 de 2015.

¹⁶ Decreto N° 10/2016.

¹⁷ Resolución Administrativa N° 05-A/2020, que aprueba el Reglamento de Acreditación, apertura, supervisión y cierre de Centros para Personas Adultas Mayores.

¹⁸ Modelo «Guía para la Atención a Personas Adultas Mayores en Centros de Larga Estadía, 2021», disponible en <https://oiss.org/wp-content/uploads/2022/10/Modelo-de-Guia-para-la-atencion-a-personas-adultas-en-CALE.pdf>

¹⁹ «Protocolo de Intervención en Centros de Acogida de Larga Estadía para Personas Mayores, 2019 », disponible en <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/protocolo-de-intervencion-en-centros-de-acogida-de-larga-estadia-para-personasadultas-mayores.pdf>

²⁰ Modelo «Guía para la Atención a Personas Adultas Mayores en Centros de Larga Estadía, 2021», disponible en <https://oiss.org/wp-content/uploads/2022/10/Modelo-de-Guia-para-la-atencion-a-personas-adultas-en-CALE.pdf>

control de la calidad de la atención, como la evaluación de la capacidad funcional de la persona o su bienestar general.

La calidad de los recursos humanos es una de las piedras angulares de un buen sistema de cuidados (Aldaz Arroyo et al., 2023). En el caso de Bolivia, esta es un área en la que aún queda mucho por avanzar, ya que no existen —al menos no hasta el momento— requisitos de formación para los trabajadores del sector, ni criterios de acreditación o certificación.

2.3 Rol del Estado en el desarrollo de servicios de cuidado

2.3.1 Población objetivo

En algunos países se ha adoptado el uso de baremos estandarizados para evaluar la funcionalidad y determinar la elegibilidad de las personas para acceder a los servicios de atención a la dependencia. No obstante, su implementación en la región es aún limitada (Oliveira et al., 2022). En Bolivia no existe dicho instrumento. El acceso a los servicios de cuidados financiados por el sector público (véase la sección 2.3.2) se basa en la edad (por lo general a partir de los 60 años) y en una evaluación (subjetiva) de la vulnerabilidad socioeconómica de la persona, sin tener en cuenta su nivel de capacidad funcional.

Los protocolos de los centros de acogida en el país definen como *estado de vulnerabilidad* a un estado de alta exposición a situaciones de riesgo e incertidumbre, con posibilidad de sufrir daños físicos, mentales y/o morales, frecuentemente combinados con una capacidad reducida de autoprotección o de hacer frente a las consecuencias negativas. Por otro lado, se refieren a la *situación de riesgo* como a una que puede perjudicar el bienestar y el desarrollo de la persona mayor debido a factores de carácter personal, social o familiar.

2.3.2 Provisión de servicios de atención a la dependencia

La implementación de los servicios de atención a las personas mayores depende de los Gobiernos Autónomos Departamentales y los Gobiernos Autónomos Municipales. Como consecuencia, las acciones implementadas varían entre departamentos y municipios.

Tradicionalmente, los centros de acogida o residencias son los únicos dispositivos del Estado destinados a brindar apoyo a personas mayores con dependencia, ya sea en modalidad de gestión directa (cuando la institución pública es propietaria y operadora del centro) o mediante el apoyo económico a estructuras privadas sin fines de lucro (denominadas residencias mixtas). Estas últimas pueden recibir un monto financiero fijo por persona (becas) o insumos entregados puntualmente.

Existen, además, otros servicios, como los centros de día recreacionales o los comedores que, si bien no están específicamente destinados a personas con dependencia, también pueden considerarse parte de la oferta de servicios públicos para esta población.

A continuación, se describe brevemente estos servicios y el papel del Estado en su provisión.

Centros de acogida o residencias

Según la normativa, los gobiernos territoriales tienen que reportar al Viceministerio de Igualdades de Oportunidades el registro de los hogares/centros de acogida o residencias. Sin embargo, en la práctica esto no siempre sucede o, cuando ocurre, la información proporcionada es incompleta.

Según la información disponible, que data de 2019, hay 61 centros registrados: nueve de gestión pública y 17 instituciones privadas sin fines de lucro que reciben financiamiento

público²¹; el resto son instituciones privadas con fines de lucro o su estatus es desconocido.²² Estas cifras subestiman el total de centros existentes debido al subregistro que existe a nivel nacional.²³

La Tabla 3 presenta una lista de las residencias públicas por tipo de gestión, el departamento, la ciudad y el número de residentes de cada una.²⁴ Como se puede inferir del nombre de los centros, muchos provienen de una tradición social caritativa o religiosa. En total, los centros registrados acogen a casi 1.400 personas. Aunque no hay datos actuales sobre el número de personas que viven en residencias (registradas y no registradas) en todo el país, en 2001 se estimaban en poco más de 3.000, lo que equivalía al 0,47% de las personas mayores en el país en dicho año (OISS, 2001).

²¹ Protocolo de Intervención en Centros de Acogida de Larga Estadía para Personas Mayores (2019), p. 2. Nótese, sin embargo, que las listas encontradas en los diferentes documentos de protocolos reportan cifras diferentes y no fue posible obtener una lista reciente y/o más completa.

²² https://caritasbolivia.org/wp-content/uploads/2023/04/CARITAS_BOLIVIA_DIAGNOSTICO_HOGARES_ACOGIDA_2020_compressed.pdf

²³ En comunicación oral, la coordinadora nacional del Programa Adulto Mayor de la Pastoral mencionó que en 2022 la Red Caritas/Iglesia Católica tenía 19 centros. No se dispone de la lista completa. Existen también centros de iglesias u órdenes religiosas que no hacen parte de la Red Caritas.

²⁴ En la información encontrada, muchas veces no figura el número de personas residentes o se proporciona uno aproximado. Sin embargo, los datos disponibles permiten hacer una estimación global del volumen de personas institucionalizadas en el país.

Tabla 3. Lista de residencias públicas o mixtas (circa 2019)

Departamento	Ciudad	Centro de acogida	Número de residentes
Centros de gestión pública			
Cochabamba	Sipe Sipe	Centro de Atención Integral Caramarca	47
Beni	Riberalta	Asilo Príncipe de Paz	30
	San Borja	San Borja	30
	San Ignacio de Moxos	Cabildo	14
La Paz	El Alto	Hogar Transitorio Ciudad Satélite	n/a
	La Paz	Centro Mara Ester Quevedo	28
Pando	La Paz	Centro Rosaura Campos	15
	Cobija	Albergue de Personas Mayores	14
Tarija	Bermejo	Casa Hogar Padre Luis Portillo	30
Total			208
Centros de gestión mixta			
Beni	Trinidad	Sagrado Corazón	32
Chuquisaca	Sucre	Hogar "25 de Mayo"	120
	Sucre	Hogar Santa Rita	46
Cochabamba	Cochabamba	Asilo El Buen Pastor	65
	Cochabamba	Hogar de ancianos desamparados San José	115
La Paz	La Paz	Hogar San Ramón	220
Oruro	Oruro	Hogar Sagrada Familia	130
Potosí	Potosí	Hogar San Roque	56
	Tupiza	Hogar de ancianos R.P. Javier Willig	45
	Villazón	Divina Providencia de Villazón	70
Santa Cruz	Comarapa	Hogar Santo Domingo	52
	Santa Cruz	Buen Samaritano	NC
	Santa Cruz	Hogar Santa Cruz	172
	Santa Cruz	Hogar Teresa de Calcuta	49
Tarija	Valle Grande	Albergue Cardenal Julio Terrazas	32
	Tarija	Santa Teresa de Journet	136
	Yacuiba	Hogar Santa Ana y San Joaquín	32
Total			1372

Fuente: elaboración propia con base en el Protocolo de Intervención en Centros de Acogida de Larga Estadía para Personas Mayores (2019), entrevistas con informantes calificados y revisión de información pública disponible.

Centros de día

Tradicionalmente organizados por la iglesia o asociaciones civiles, en Bolivia los centros de día están siendo cada vez más desarrollados por los gobiernos locales, tanto a nivel departamental como municipal. Estos centros cumplen una función principalmente recreacional, aunque recientemente se observa una tendencia a incorporar el cuidado y el estímulo a la autonomía de las personas mayores como parte de las actividades desarrolladas, por ejemplo, a través de actividades físicas o de estimulación mental. Sin embargo, no existen criterios preestablecidos para el acceso a estos centros ni se dispone de un registro de estos.

Otros servicios

Además de las residencias de largo plazo y los centros de día, existen algunos servicios que, aunque no están destinados exclusivamente a las personas en situación de dependencia, son relevantes para esta población.

Un ejemplo son los comedores populares, muy comunes en los centros poblados. Gratuitos o de costo mínimo, proporcionan alimentación a poblaciones socialmente vulnerables. Algunos están específicamente dirigidos a personas mayores, aunque no necesariamente con dependencia. Estos centros no solamente representan un apoyo al sustento económico de los beneficiarios, sino que también contribuyen a su autonomía al garantizarles una adecuada nutrición para que puedan mantener niveles apropiados de funcionalidad. A modo de ejemplo, el Recuadro 3 detalla el funcionamiento de los comedores de Yacuiba y Sucre.

Recuadro 3. Normas municipales de comedores para las personas mayores, ejemplos de Yacuiba y Sucre

Los comedores populares para las personas mayores son financiados por los gobiernos departamentales, municipales y asociativos, y reciben cotidianamente a numerosas personas mayores, aunque no se dispone de datos para cuantificar su número. Este público incluye tanto a personas en situación de pérdida de autonomía como a aquellas socialmente vulnerables, grupo este último imposible de medir o cuantificar. Muchos municipios, tanto urbanos como rurales, han desarrollado proyectos de comedores populares destinados específicamente a personas mayores.

En Yacuiba, existen resoluciones que sientan bases sólidas para el funcionamiento de los comedores populares en beneficio de las personas mayores. El Gobierno Municipal de Yacuiba tiene un programa de 19 comedores populares.²⁵ Los beneficiarios fueron seleccionados en coordinación con las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), la Asociación de Adultos Mayores y un equipo multidisciplinario.

De manera similar, el Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES) de Chuquisaca consolidó en 2022 un convenio interinstitucional con las alcaldías de Presto, Camargo y El Villar para la apertura de albergues y comedores destinados a beneficiar hasta 110 personas mayores.

Otro ejemplo son los servicios del Programa Nacional de Viviendas para personas mayores vulnerables que, si bien no están dirigidos exclusivamente a personas en situación de

²⁵ Véase: <https://www.infotarija.com/regionales/yacuiba-alcaldia-habilito-19-comedores-populares-donde-los-adultos-mayores-recibieron-alimentacion-nutricional-en-barrios-y-comunidades-con-atencion-de-calidad-11617>

dependencia, pueden tener un impacto positivo en esa población al acercarla a los servicios que requiere.

El Plan Multisectorial para una vejez digna identifica la “falta de acceso a vivienda de interés social” y promueve la implementación de programas tanto para la construcción como para el mejoramiento de la vivienda de personas mayores vulnerables y/o con discapacidad. En abril de 2021, el Consejo para la Vejez Digna firmó un convenio interinstitucional con el Ministerio de Vivienda para priorizar la atención a las necesidades habitacionales de las personas mayores.

El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2021-2025 incluye metas relacionadas con la vivienda y la vivienda social (Meta 1.3.5). Se insiste en la necesidad de priorizar a las familias que se encuentran en situación de vulnerabilidad, mencionando específicamente a las personas mayores y a las familias con algún miembro con discapacidad”.²⁶

Aunque no se trata de manera explícita de programas de cuidados, los programas de viviendas sociales ofrecen oportunidades de desarrollar viviendas colectivas, lo que acerca a las personas en situación de dependencia a servicios en el hogar o de proximidad.

2.3.3 Financiamiento y presupuesto de los servicios

No existe, desde la normativa nacional, departamental o municipal, un presupuesto destinado específicamente a financiar programas dirigidos al cuidado de las personas dependientes. De esta manera, el presupuesto destinado a estos programas se incluye en el presupuesto general del área social de los gobiernos departamentales o municipales²⁷, y su monto es, por lo general, reducido. No se encontró información desagregada al respecto.

²⁶ Plan de Desarrollo Económico y Social Bolivia 2021-2025. Disponible en: [PDES 2021-2025a compressed \(cepal.org\)](#)

²⁷ Sin embargo, en algunos casos se ha mantenido un presupuesto aprobado específicamente para las personas mayores, por ejemplo, en el programa del Adulto Mayor en Santa Cruz o en las leyes de la Asamblea de Chuquisaca, que aprueba cada año el presupuesto para las actividades que se desarrollan y, en particular, la transferencia de fondos a través de becas alimentarias.

Sección 3. El papel del sector privado en la provisión de servicios

El sector privado puede desempeñar un papel muy significativo en la prestación de servicios de atención a la dependencia. Tanto empresas como individuos pueden ofrecer sus servicios en el mercado, ya sea directamente a las personas dependientes o a sus familias, o convirtiéndose en proveedores del Estado. Además, puede ser un importante generador de empleo y un dinamizador de la economía. En contextos donde la oferta del sector público es limitada, como en Bolivia, recurrir a los servicios del sector privado a menudo constituye la única opción para acceder a la atención que se requiere.

El objetivo de esta sección es ofrecer un panorama del sector privado de servicios de atención a la dependencia funcional en Bolivia, donde no existe un registro de proveedores de servicios de cuidados. Debido a la falta de información, no se puede elaborar un inventario de los servicios privados ni de su cobertura. En su lugar, se intentará esbozar una perspectiva general del mercado, resaltando ejemplos e iniciativas de buenas prácticas, cuando sea posible.

A partir de los datos disponibles, se infiere que la oferta existente es limitada y está constituida fundamentalmente por servicios residenciales, mientras que los servicios para el envejecimiento en el hogar son prácticamente inexistentes, como se evidencia en la Tabla 4. Aunque existen algunos centros de día ofrecidos por el sector privado sin fines de lucro, su enfoque es más recreacional que de atención a la dependencia. No se ha identificado la presencia de servicios de teleasistencia ni de otros basados en tecnología. Por su parte, la oferta de servicios de cuidados en el hogar y de apoyo a los cuidadores es incipiente y generalmente proviene de personas particulares contratadas de manera informal.

Tabla 4. Oferta privada de servicios de atención a la dependencia

Tipo de Servicios	Sector privado sin fines de lucro	Sector con fines de lucro
Servicios en instituciones	La oferta de centros de acogida es limitada; sin embargo, representa la mayoría de la oferta de institucionalización	Incipiente
Asistencia en el hogar	No hay servicios	La oferta de servicios es informal y proviene de personas particulares
Centros de día	Centros recreacionales	Sin información
Teleasistencia	No hay servicios	Sin información, se estima que es incipiente
Otros servicios tecnológicos	No hay servicios	No hay servicios
Servicios para cuidadores	No hay servicios	No hay servicios

Fuente: elaboración propia.

3.1 Servicios residenciales²⁸

Los servicios residenciales —conocidos en Bolivia como centros de acogida, hogares de ancianos y residencias para personas mayores— son unos de los pocos tipos de servicios desarrollados hasta la fecha en el país para la atención de personas mayores en situación de dependencia.

El sector privado sin fines de lucro desempeña un papel significativo en la gestión de estos centros, que suelen ser de gran tamaño (véase la Tabla 4). Contrariamente, los hogares privados con fines de lucro siguen siendo minoritarios y de menor tamaño (albergan a menos de 30 residentes). Muchos de ellos no están registrados ni acreditados.

Debe tenerse en cuenta que —como se mencionó en la Sección 2— al momento de solicitar la acreditación, los centros se someten a procesos de inspección que pueden desembocar en su cierre si no cumplen con los requisitos que establece la normativa. El escaso apoyo estatal que reciben los centros para su fortalecimiento, acreditación y mejoramiento de la calidad de sus servicios podría ser una limitación para iniciar el proceso en un sector todavía incipiente. El nivel de ingresos promedio por habitante en Bolivia (equivalente a US\$403²⁹ por mes) también puede ser un obstáculo para el desarrollo de este sector.

Además de la escasez de plazas y de financiamiento, la calidad de los centros también deja mucho que desear. El personal está poco capacitado, no existe un estándar para evaluar la capacidad funcional de los residentes y no se implementan planes de acompañamiento individualizado. Aunque se realizan algunas actividades colectivas, como estimulación física o cognitiva, estas son limitadas.

En este contexto, cabe destacar la experiencia de la comunidad Awichas, que promueve el concepto de vivienda colectiva en unidades pequeñas y autónomas, rompiendo con la lógica tradicional de los grandes hogares, en línea con las tendencias internacionales. Este modelo presenta varias ventajas, además de proporcionar techo y comida a las personas mayores. En primer lugar, las casas son social y culturalmente aceptadas, ya que se preservan los valores y tradiciones de la comunidad. En segundo lugar, el modelo de autogestión impulsa la participación activa de los integrantes, lo cual no solamente respeta sus libertades individuales, sino que también estimula su actividad física y cognitiva. Por último, las personas con pérdida de autonomía reciben la atención tanto de sus pares como de profesionales que colaboran con la iniciativa.

Recuadro 4. La Comunidad Awichas, concepto de un hábitat colectivo y autogestionario para personas mayores

Origen. La experiencia empezó hace más de veinte años en un barrio de las laderas de La Paz, en la zona de Pampajasi, impulsada por un grupo de mujeres mayores de origen aymara, que habían migrado desde sus comunidades campesinas.

Quiénes integran la comunidad. En aymara, *awicha* quiere decir “abuela”. El proyecto está dirigido, en primer lugar, a la población aymara migrante del campo. El respeto a la cultura tradicional es un eje del proyecto, lo que fomenta la aceptación de sus participantes. Aunque inicialmente sus integrantes eran solo mujeres, la comunidad ha ido incorporando a varones (se les dice *achachi*, es decir “abuelos”) que actualmente representan el 23% de los integrantes.

²⁸ En Bolivia se los llama “centros de acogida”. En este documento usamos indistintamente los dos términos.

²⁹ Datos INE, publicados en Encuestas del Hogar 2016 a 2018; datos promedio en 2018.

Crecimiento del proyecto. Con apoyos externos y muchos esfuerzos comunitarios, el proyecto ha crecido. El grupo inicial en la primera residencia de Pampajasi (barrio de La Paz) ahora forma parte de un programa más amplio llamado Comunidad Aymaras Urbanos de Pampajasi (CAUP), que incorpora otras líneas de trabajo comunitario como el Centro Infanto-Juvenil Machaq Uta y el Centro de Medicina Natural y Espiritualidad Aymara Qulla Uta.

Las personas mayores conforman seis grupos *Awichas* en las áreas urbanas de La Paz y El Alto; en el área rural hay grupos en cuatro comunidades de la provincia Manko Kapac, con un total de 320 personas. Además, a las personas que no tienen familia o vivienda se les brindó la posibilidad de vivir en dos casas comunitarias, con un total 25 residentes entre ambas.

Cómo se organizan. El funcionamiento se acerca a la autogestión y se basa en usos y costumbres indígenas. Los miembros de los grupos y de las casas deciden qué proyectos y actividades llevar a cabo, con apoyo técnico de personas más jóvenes y profesionales, voluntarios o remunerados por proyectos, para aquellas tareas que no pueden realizar por su cuenta. El proyecto *Awichas* incluye también actividades ocupacionales o de generación de ingresos (taller de hilados y tejido de alpaca), así como comedores populares donde cocinan los miembros de la comunidad. Muchas de las personas que participan lo hacen de forma voluntaria.

La autodeterminación es un principio clave para los miembros de la comunidad. En las casas, no hay horario ni restricciones a las visitas o salidas. Cada persona mayor es dueña de su habitación hasta cuando fallece y es asignada a otra *Awicha*. El mantenimiento de la vivienda es compartido entre todos los residentes.

La Comunidad *Awichas* participa activamente en la defensa de los derechos de la persona mayor en la promoción de la cultura indígena Aymara y de su folclor.

Financiamiento. El desarrollo de las casas y las actividades ha recibido apoyo financiero de cooperaciones internacionales (HelpAge International, Slavorna y un grupo de personas mayores suecas de Linköping) y nacionales (Fundación Horizontes, Fundación San Luis), cuyos recursos se manejan de manera concertada.

Autonomía y cuidado. El ingreso a la comunidad no está supeditado a la pérdida de autonomía. Sin embargo, aquellas personas que la experimentan no dejan la casa y reciben apoyo de sus pares y de los técnicos que colaboran con la iniciativa, además de tener acceso a los servicios, como el comedor comunitario.

Visto de esta manera, el modelo se asemeja a algunas de las propuestas vigentes en países de ingreso más altos, como las residencias de autonomía (conjuntos de viviendas o departamentos para personas mayores independientes o con pérdida leve de autonomía), residencias de servicios (conjuntos de viviendas individuales con servicios compartidos, generalmente privadas con fines de lucro) y los nuevos hábitats llamados “participativos” compartidos, donde las personas eligen vivir juntas (desde antes o ya construida la vivienda), como se desarrollan en Francia.

Fuente: elaboración propia.

3.2. Centros de día para personas en situación de dependencia

Los servicios de centros de día para personas en situación de dependencia funcional están muy escasamente desarrollados en Bolivia. Según la información disponible, las únicas iniciativas en esta área provienen del sector sin fines de lucro, particularmente de la Asociación Alzheimer Bolivia (AAB) o de profesionales relacionados con la atención a la demencia, a menudo vinculados con la AAB. En el Recuadro 5 se presentan estas iniciativas.

Recuadro 5. Iniciativas de la Asociación Alzheimer Bolivia y de los profesionales relacionados

La Asociación Alzheimer Bolivia (AAB), afiliada a la Asociación Alzheimer Internacional³⁰, es una institución sin fines de lucro dedicada a trabajar en el diseño y ejecución de actividades de sensibilización, investigación e intervención en el campo de la demencia de Alzheimer y otras demencias. Con filiales en siete departamentos, la AAB es miembro de la red Alzheimer Iberoamérica. Surgió como resultado de los esfuerzos de individuos, muchas veces familiares de personas con demencia, pero incorpora a profesionales de la salud.

Además de desarrollar actividades de abogacía hacia las autoridades, los profesionales de la salud y la población en general, y de proporcionar capacitaciones a cuidadores familiares, la AAB ha implementado centros diurnos dirigidos a la atención de personas con deterioro cognitivo, brindando un respiro a los familiares cuidadores. Estos centros, en su mayoría privados y con o sin fines de lucro, suelen contar con poco financiamiento y se apoyan en el trabajo voluntario.

Un ejemplo es el centro Fortaleza³¹ en Cochabamba, que ofrece atención diurna y nocturna especializada y terapéutica a pacientes con enfermedad de Alzheimer y Parkinson, así como a sus familias. La atención se da por un equipo multidisciplinario. Con capacidad para atender de 10 a 20 personas en modalidad de alojamiento y 15 personas más en modalidad de centro de día, el criterio de ingreso se basa en la pérdida de autonomía debido a enfermedades neurodegenerativas como la demencia o la enfermedad de Parkinson. Cabe señalar que no se encontró información sobre los procedimientos y herramientas utilizadas para evaluar a quienes desean ingresar. Además de brindar cuidados y actividades de estimulación a las personas mayores, ofrecen programas de formación a futuros profesionales y a los cuidadores familiares.

Otro ejemplo es el programa de la organización Mente Activa en La Paz³², que ofrece diagnóstico y atención a personas mayores (aunque no exclusivamente) con trastornos de memoria, atención, concentración, lenguaje y planificación, ya sea debido a demencias o accidentes vasculares. La atención está a cargo de un equipo multidisciplinario especializado que elabora un plan individualizado en función de las necesidades de la persona, con el objetivo de retrasar la pérdida de autonomía. Cada persona es evaluada y su evolución es monitoreada de forma sistematizada y periódica. Además, el centro cuenta con un programa de acompañamiento a las familias. Cabe destacar que esta organización funciona sin fines de lucro, aunque ofrece algunas actividades con costo.

3.3 Asistencia en el hogar

Los servicios de asistencia en el hogar para personas con pérdida de autonomía ofrecidos por profesionales o instituciones privadas son extremadamente incipientes en Bolivia y, por ende, existe muy poca información al respecto. Esta situación es válida tanto para el sector privado con fines de lucro como sin fines de lucro.

³⁰ Fundada en los años 1980, la Asociación Alzheimer Internacional es una organización voluntaria líder en la atención, el apoyo y la investigación de la enfermedad. Trabaja a nivel global, nacional y local para brindar atención y apoyo a todas las personas afectadas por el Alzheimer y otros tipos de demencia. Asimismo, es una red de asociaciones o fundaciones miembros.

³¹ <http://centrofortalezabolivia.com/>

³² Centro neurológico de estimulación y rehabilitación neuro cognitiva. Disponible en <https://www.facebook.com/menteactiva10/about>

Servicios de cuidados remunerados

El empleo de profesionales como auxiliares o enfermeras/os para el cuidado en el hogar de personas en situación de dependencia es poco común y, debido a la falta de un marco normativo específico, suele caracterizarse por una relación laboral informal.

Es común que las personas dependientes o sus familias recurran a una empleada doméstica (llamada “trabajadora del hogar” en Bolivia) que, además de las tareas de mantenimiento del hogar, se encargue del cuidado de las personas con dependencia, aunque no haya sido reclutada ni formada para esta tarea.

Contar con una empleada del hogar es relativamente común, independientemente del nivel socioeconómico. Por el contrario, contratar a una persona exclusivamente dedicada al cuidado de alguna persona dependiente es propio de familias de un nivel socioeconómico relativamente alto (Wanderley, 2011).

En Bolivia, hay más de 110 000 trabajadoras del hogar empleadas, lo cual representa cerca el 3% de la población adulta ocupada en la zona urbana (INE, 2021)³³. El 94,3% son mujeres, el 52% tiene solo educación primaria y casi dos tercios se encuentran en situación de pobreza moderada (Ibíd.). Por lo general, estas trabajadoras domésticas son personas que han migrado del campo o personas de confianza (conocidas o familiares de la persona dependiente), con una tendencia al envejecimiento de este grupo ocupacional (Wanderley, 2013).

3.4 Otros servicios para personas dependientes provistos por el sector privado

El mercado de servicios para el apoyo a personas mayores está poco desarrollado en Bolivia. Las tendencias actuales apuntan al desarrollo de plataformas de apoyo o capacitaciones virtuales para cuidadores familiares. Se pueden destacar dos ejemplos de plataformas virtuales dedicadas a proponer información y orientación a las personas con problemas neurodegenerativos y a sus familias.

La primera, llamada “Recuérdame”, fue desarrollada por el Instituto de Neurociencias Comportamentales de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno y por voluntarios de la Asociación Alzheimer Bolivia. Ofrece fichas informativas y pone a disposición un chat con grupos de apoyo para familiares.

La segunda es parte de un microemprendimiento empresarial privado con fines de lucro que, además de poner a disposición un banco de recursos y orientaciones, realiza talleres dirigidos a las personas mayores sobre temas diversos como el autocuidado y la estimulación (actividades físicas, cognitivas). También ofrece, con costo, talleres de capacitación virtuales a cuidadores.

Además, están surgiendo de manera incipiente iniciativas del sector de la construcción, con ofertas de espacios de convivencia adaptados que cuentan con servicios de acompañamiento, aunque su calidad aún es desconocida.

Una iniciativa que vale la pena mencionar, no solo como ejemplo de una asociación público-privada exitosa, sino también por mostrar la importancia de coordinar todos los niveles de

³³ Datos de la Encuesta Continua de Empleo (ECE) 1T 2021, disponible en: [2021-5f550-3empleo.pdf](https://produccion.gob.bo/2021-5f550-3empleo.pdf) (produccion.gob.bo)

atención en un enfoque de cuidado integrado es el programa “No te olvides de mí”, implementado por *HelpAge International*.

Recuadro 6. Proyecto de Salud Mental “No te olvides de mí”

El proyecto de salud mental y demencias “No te olvides de mí” se implementó entre 2013 y 2015 en los países andinos de Colombia, Perú y Bolivia bajo el liderazgo de la oficina regional de *HelpAge International*. En Bolivia, la Fundación Horizontes llevó el proyecto en coordinación con filiales de la Asociación Boliviana de Alzheimer. A nivel regional, el objetivo fue mejorar la calidad de vida de pacientes y familias afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, particularmente a través de la concientización, la medición y aplicación de escalas, y la validación de modelos de atención³⁴.

El análisis del estado de situación inicial reveló la falta de herramientas de diagnóstico para la demencia y la carencia de medición de su impacto en la autonomía de las personas. Además, puso de manifiesto la debilidad de los sistemas de cuidados en la región, sobre todo en las áreas rurales donde muchas personas mayores con demencia viven solas, sin acceso a los apoyos necesarios para desenvolverse en su vida diaria. Sin embargo, también permitió descubrir iniciativas locales relacionadas con la oferta de cuidados, centros recreacionales y detección y orientación de las personas vulnerables.

Basándose en la experiencia de los profesionales de *Mente Activa*³⁵ (véase el Recuadro 5), se llevaron a cabo pruebas sistematizadas de detección de la demencia y su impacto en colaboración con organizaciones locales de tres municipios rurales de La Paz. Reconociendo la limitación de recursos y de profesionales capacitados a nivel nacional, paralelamente se experimentó con tecnologías para el diagnóstico y la orientación a distancia. Con este objetivo, se estableció un laboratorio de neurocognición en Santa Cruz y un centro de tele-diagnóstico, con el propósito adicional de informar y acompañar a los cuidadores familiares.

En colaboración con las filiales de la Asociación Boliviana de Alzheimer, se capacitó a profesionales de la salud, policías, familias y cuidadores en los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

El proyecto demostró la importancia de trabajar en toda la cadena de atención y el continuo de atención/identificación y medición, así como la capacitación de autoridades, profesionales y cuidadores, junto con el desarrollo de la oferta y la concientización. Asimismo, reveló la eficacia de trabajar con todos los actores institucionales públicos, asociativos, población y profesionales a la vez.

Los resultados del proyecto fueron socializados con las autoridades de los tres países donde se implementó, con el objetivo de impulsar la elaboración de modelos de intervención y promover cambios en las políticas de atención a las enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, no se encontró información pública sobre la continuidad del proyecto, más allá de su fecha de finalización.

³⁴ Véase <https://www.helpagela.org/la/que-ahacemos/proyecto-de-salud-mental-y-demencias-no-te-olvides-de-m/>

Sección 4. Análisis y perspectivas de las políticas de atención a la dependencia en Bolivia

Se puede concluir que Bolivia aún tiene un largo camino por recorrer en el desarrollo de políticas de atención a las personas en situación de dependencia funcional. Se constata, sin embargo, que el tema está ganando relevancia en la agenda pública³⁶.

Las restricciones presupuestarias representan una importante limitación para el desarrollo de servicios y programas, al igual que en el resto de los países de la región. Fabiani et al. (2022) estiman que un paquete de servicios que brinde cobertura a solo el 35% de la población mayor dependiente podría costarle al país 0,35% del PIB. Lograr una cobertura del 100% implicaría un costo del 2,54% del PIB. Aún aunque parte de este costo sea financiado por los propios usuarios, en forma de aseguramiento social o copagos, la cifra es alta.

Estas cifras pueden ser alarmantes y evidencian dos cosas. Primero, resulta muy difícil que los servicios del sector público puedan dar cobertura a toda la población con necesidades de cuidados. Dados estos costos, es necesario involucrar a otros actores de la sociedad, como el sector privado con y sin fines de lucro, así como a las familias. Es fundamental impulsar el desarrollo de un mercado privado de servicios de calidad que sea capaz de dinamizar el sector. Y segundo, tal como sugieren Cafagna et al. (2019), una buena estrategia es comenzar de a poco, partiendo de los servicios y programas que ya existen, mejorándolos y expandiéndolos para luego incorporar paulatinamente otros.

Por otro lado, Medellín et al. (2018) plantean cuatro elementos que todo país debería considerar al desarrollar un modelo de cuidados: a quién proveer servicios, qué servicios proveer, cómo asegurar su calidad y cómo financiarlos. En primer lugar, es importante definir la población objetivo. La mayoría de los países utilizan como criterio el grado de dependencia de la persona como criterio, complementándolo a menudo con otras condiciones como la edad o el nivel socioeconómico (Oliveira y León Moncada, 2022). En Bolivia no existe una definición oficial de dependencia ni un baremo para medirla. Aunque en el sistema de salud hay un instrumento de valoración de la persona mayor³⁷ que incluye la medición de signos de fragilidad y dependencia (dificultades en actividades básicas e instrumentales), su aplicación no es obligatoria, lo que resulta en bajos niveles de implementación. Por lo tanto, es crucial revisar y expandir la aplicación de este instrumento tanto en las instituciones médicas como en los servicios sociales.

Una vez definida la población objetivo, el segundo aspecto es determinar el paquete de servicios por ofrecer. Para ello, es fundamental hacer un mapeo de los servicios existentes y su ubicación geográfica, lo que permitirá estimar las brechas existentes. Idealmente, la definición del paquete de servicios debería incentivar el desarrollo de iniciativas locales (como la comunidad Awicha presentada en el Recuadro 3), aspecto sumamente relevante en Bolivia dado el alto porcentaje de personas que viven en localidades remotas.

El desarrollo de servicios para envejecer en el hogar, prácticamente inexistente en la actualidad, emerge como una prioridad. En un contexto en el que menos del 1% de la población mayor de 60 años se encuentra institucionalizada y donde un hogar de cada 4 tiene al menos una persona mayor de 60 años, la atención domiciliar es, a no dudarlo, crucial.

³⁶ Con base en entrevistas a funcionarios del Viceministerio de Igualdades y Oportunidades realizadas con motivo de este reporte.

³⁷ El "Cuadro de procedimientos para el primer nivel de atención, atención integrada al continuo del curso de la vida".

Al diseñar la oferta de servicios, es también crucial el papel de los cuidadores, tanto remunerados como no remunerados. En este sentido, independientemente del nivel de desarrollo del sistema de atención a la dependencia en un país, la familia sigue siendo un pilar fundamental en la provisión de cuidados (Jiménez, 2013 y Oxfam, 2019).

Contrastando el número de personas mayores con necesidades de cuidados en Bolivia, estimado en la Sección 1 (125.160) con el número de personas institucionalizadas reportado en la Sección 2 (alrededor de 3.000), se infiere que una proporción importante de personas mayores en situación de dependencia vive en sus hogares. Aunque no se dispone de información sobre las estrategias utilizadas por esta población para cubrir sus necesidades de asistencia, es de suponer que la atención sea proporcionada casi exclusivamente por familiares (hijas o nueras), sin remuneración, registro ni capacitación. Es por lo tanto fundamental pensar en mecanismos de apoyo y de capacitación a los familiares para garantizar, tanto la calidad del cuidado que brindan como su bienestar físico y emocional. Lo mismo es cierto para los cuidadores remunerados.

El tercer punto mencionado por Medellín et al. (2018) es la calidad. Tradicionalmente, los mecanismos de aseguramiento de la calidad se han enfocado en la definición de estándares de estructuras y procesos, los cuales se detallan en marcos regulatorios, junto con los procedimientos de inspección y regulación (Benedetti et al., 2024). Sin embargo, cada vez más, se están incorporando medidas de calidad de vida y de experiencia de las personas usuarias como indicadores de calidad (Ibíd.).

Como se ha visto en este documento, en Bolivia los mecanismos para asegurar la calidad de los servicios son débiles. En el caso de las residencias, si bien el gobierno ha establecido requisitos en términos de infraestructura y equipamiento para la acreditación de los centros, la falta de recursos dificulta el monitoreo, lo que resulta en un bajo nivel de cumplimiento. A esto se suma la existencia de residencias que operan sin registro, en la clandestinidad y, por lo tanto, bajo condiciones que se desconocen. Aunque no se dispone de datos, es de suponer que la calidad de los servicios de atención domiciliaria, al ser mayoritariamente llevados a cabo por personas sin capacitación alguna, también sea deficiente.

Además de fijar estándares y controlar su cumplimiento, la formación de los recursos humanos que trabajan en el sector es una pieza clave para asegurar la calidad de los servicios (Aldaz Arroyo et al., 2023). Invertir en este aspecto no solo permite mejorar la calidad del cuidado brindado, sino que también representa un primer paso hacia la profesionalización y formalización de una tarea hasta ahora invisibilizada.

Los mecanismos de control social también desempeñan un papel importante en la cultura boliviana. De hecho, la presencia en el país de las organizaciones de personas mayores (como la Asociación Nacional de Personas Mayores de Bolivia, ANAMBO) y federaciones de jubilados es significativa. Esto se refleja en la presencia de representantes de personas mayores en el Consejo Nacional por una Vejez Digna. Esta particularidad puede ser aprovechada para fortalecer la calidad de los servicios de cuidados mediante una participación activa de la población.

Por último, el cuarto elemento mencionado por Medellín et al. (2018) es asegurar la sostenibilidad financiera de los servicios. En este sentido y como ya se señaló, un camino es comenzar en pequeña escala, construyendo sobre los servicios existentes para luego expandirlos de manera gradual (Cafagna et al., 2019).

Al estimar los costos de los servicios y elegir las fuentes de financiamiento, es importante evaluar los costos de desarrollar servicios de cuidados de calidad en comparación con los costos de la inacción. Aunque no existen estimaciones para Bolivia, la literatura internacional

indica que el desarrollo de sistemas de atención a la dependencia reduce los costos y genera eficiencias en el sector salud al disminuir los costos de estadía hospitalaria, los ingresos a emergencia y las hospitalizaciones innecesarias (Aranco et al., 2023).

Además de la definición de estos cuatro elementos, existen otros aspectos —transversales a todas las áreas— que necesarios para asegurar la construcción de un sistema sólido, sostenible, y de calidad. Uno muy importante es la coordinación con otros sectores de la seguridad social, en particular, pero no exclusivamente, con el sector sanitario. Por ejemplo, la implementación de un sistema de valoración de la dependencia por parte del sector salud, junto con un sistema ágil y oportuno de referenciación hacia el sector social, y viceversa, desde el sector social hacia los servicios sanitarios son fundamentales no solo para efectivizar las eficiencias y los ahorros de costos —como ya se mencionó— sino para garantizar un continuo de servicios que asegure la calidad de la atención (Aranco et al., 2022).

Es importante destacar que, en varios países de la región, la concepción y el diseño de los sistemas de cuidados abarcan el cuidado en todo su ciclo de vida, incluyendo infancia y personas en situación con discapacidad de todas las edades. En este caso, la coordinación de las estrategias, presupuesto, y financiamiento entre los actores involucrados toma aún mayor relevancia. El objetivo de este documento fue el de analizar las políticas y servicios con foco en el cuidado de la población mayor, pero no deberíamos perder de vista que esta es parte de una discusión más amplia en torno a la matriz de protección social de los países.

Para que esto funcione, es indispensable contar con una institucionalización sólida, un punto focal bien definido y mecanismos de gobernanza claramente establecidos, que involucren a todos los actores relevantes (OPS y BID, 2023). La coordinación de los distintos actores alrededor de un objetivo común es esencial. La ausencia de un ministerio encargado de asuntos sociales en Bolivia se presenta como un desafío en este contexto.

Referencias

- Aldaz Arroyo, E., Berrios Prieto, E., Fernández Cordero, L., Leiva Marin, M., López Franco, L., López Gómez, A., Benedetti, F., Diaz-Veiga, P. (2023). Hacia la profesionalización de las personas cuidadoras: formación y competencias necesarias para el cuidado de largo plazo. Nota Técnica IDB-TN-02717. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/Hacia-la-profesionalizacion-de-las-personas-cuidadoras-formacion-y-competencias-necesarias-para-el-cuidado-de-largo-plazo.pdf>
- Aranco, N., Ibararán P., Stampini M. (2022). Prevalence of care dependence among older persons in 26 Latin American and the Caribbean countries. Technical Note IDB-TN-2470). Washington D.C.: Inter American Development Bank. <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Prevalence-of-care-dependence-among-older-persons-in-26-Latin-American-and-the-Caribbean-countries.pdf>
- Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., Oliveira, D., Reyes Retana, M., Savedoff, W., Torres. E. (2022). Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/envejecer-en-america-latina-y-el-caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores>
- Benedetti et al. (2024). Calidad de los servicios de cuidado de largo plazo. (De próxima publicación).
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, L., Medellín, N., Stampini, M. (2019). Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. <http://dx.doi.org/10.18235/0001972>
- Fabiani, B., Costa-Font, J., Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. (2022). Opciones de financiamiento de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Nota Técnica IDB-TN-2473. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/en/publications/spanish/viewer/Opciones-de-financiacion-de-los-servicios-de-atencion-a-la-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Jiménez, E. (2013). La economía del cuidado en Bolivia. Red boliviana de Mujeres Transformando la Economía. Red boliviana de Mujeres Transformando la Economía CPMGA, El Alto. Serie: Cuaderno de trabajo 15. <https://www.remtebolivia.org/attachments/article/71/15.pdf>
- HelpAge International (2015). Proyecto de Salud mental No te olvides de mí. <https://www.helpage.org/la/que- hacemos/proyecto-de-salud-mental-y-demencias-no-te-olvides-de-m/>
- Medellín N., Matus, M., Ibararán, P., Stampini, M. (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Nota técnica IDB-TN-1438. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/handle/11319/8909>.
- Oliveira, D., León Moncada, S., Terra, F. (2022). El uso de Baremos de Valoración de la Funcionalidad y de la Dependencia de cuidados en personas mayores: Prácticas, avances y direcciones futuras. Nota Técnica IDB-TN-2476. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/El-uso-de-Baremos-de-Valoracion-de-la-Funcionalidad-y-de-la-Dependencia-de-cuidados-en-personas-mayores-Practicas-avances-y-direcciones-futuras.pdf>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social [OISS] (2001). Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México: apuntes para un diagnóstico.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oiss-situacion-02.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042#:~:text=El%20Informe%20mundial%20sobre%20el%20envejecimiento%20y%20la,de%20cuidados%20integrales%2C%20centrados%20en%20las%20personas%20mayores.>

Organización Panamericana de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo (2023). La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.
<https://doi.org/10.37774/9789275326879>.

Wanderley, F. (2011). El cuidado como derecho social: situación y desafíos del bienestar social en Bolivia. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo.
https://webapps.ilo.org/wcmstp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_179769.pdf

Washington group on disability statistics (2020). Introducción a las listas de preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad.
https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/The_Washington_Group_Primer_-_Spanish.pdf

Wanderley F. (2013). El estado de situación del trabajo asalariado del hogar en Bolivia. CIDES/UMSA.
https://www.researchgate.net/publication/298422574_El_estado_de_situacion_del_trabajo_asalariado_del_hogar_en_Bolivia

OXFAM (2020). Tiempo para el cuidado: el trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad. <https://www.oxfam.org/es/informes/tiempo-para-el-cuidado>

Anexo 1

Normativa consultada

Constitución Política del Estado del 7 de febrero de 2009; concretamente sección VII, Derechos de las personas adultas mayores, arts. 67,68, 69; sección VIII, Derechos de las personas con discapacidad, arts. 70, 71 y 72.

Ley N° 2119 del 11 de septiembre de 2000, que ratifica el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (Pacto de San José).

Ley N° 2344 del 26 de abril de 2002, que ratifica la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Ley N° 3925 del 21 de agosto de 2008, que crea el Fondo Nacional de Solidaridad y Equidad a favor de las personas con discapacidad. Su utilización se establece mediante DS Reglamentario N° 839 que instituye la Unidad Ejecutora del Fondo Nacional de Solidaridad y Equidad (FNSE).

Ley N° 4024 del 15 de abril de 2009, que ratifica la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo.

Ley N° 4034 del 29 de mayo de 2009. Construcción e Implementación de Centros de Apoyo Efectivo para las Personas que Padecen la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Disponible en <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-4034.html>

Ley N° 223 del 2 de marzo de 2012. Ley General para Personas con Discapacidad, que garantiza a las personas con discapacidad el ejercicio pleno de sus derechos y deberes, bajo un sistema de protección integral, en igualdad de condiciones, equiparación de oportunidades y trato preferente.

Ley N° 369 del 1 de mayo de 2013. Ley General de las Personas Adultas Mayores.

Ley N° 378 del 16 de mayo de 2013. Renta Universal de Vejez-Renta Dignidad, que sustituye a la Ley N° 3791 de la Renta Universal de Vejez-Renta Dignidad del 28 de noviembre de 2007, expedida a su vez para reemplazar a la del Bono Solidario (Bonosol) de 2002.

Ley N° 475 del 30 de diciembre 2013. Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Esta ley reemplaza a las leyes del Seguro de Salud del Adulto Mayor, iniciado en 1996 por le DS N° 4448, seguido de la ley N° 1886 de Derechos y Privilegios (incluido el Seguro Gratuito de Vejez) del 14 de agosto de 1998 y la Ley N° 3323 del 16 de enero de 2006, *Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM)*.

Ley N° 603 del 19 de noviembre de 2014. Código de las Familias y del Proceso Familiar.

Ley N° 872 del 21 de diciembre de 2016, que ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, cuyos artículos 7 y 12 objetivan el derecho a servicios de cuidados. Disponible en <https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N872.html>

Decreto Supremo N° 15750 del 22 de agosto de 1978, que traslada al 26 de agosto de cada año el "Día del Anciano", originalmente declarado como tal el 18 de diciembre por Decreto Supremo N° 1421 del 17 de diciembre de 1948.

Decreto Supremo N° 28521 del 16 de diciembre de 2005, que aprueba el Registro Nacional de Personas con Discapacidad, cuya base de datos estará a cargo del Comité Nacional de Personas con Discapacidad (CONALPEDIS).

Decreto Supremo N° 27477 del 6 de mayo de 2004. Contratación Preferente e Inamovilidad Funcionaria de Personas con Discapacidad.

Decreto Supremo N° 27837 del 12 de noviembre de 2004, que establece el 15 de octubre de cada año como el “Día Nacional de las Personas Con Discapacidad”.

Ley departamental (Chuquisaca) N°120 del 25 de septiembre de 2013. Geriátricos y Hogares o Centros de Acogida, revisada en 2015 por la Ley Departamental N° 254/2015).

Ley departamental (Chuquisaca) N° 285 del 1 de marzo de 2016. Ley Departamental Integral de las Personas Mayores, que propone entre otras garantías, el fortalecimiento y apoyo a geriátricos, centros de acogida y comedores. (Véanse igualmente las leyes anuales departamentales sobre Recursos, como la ley 448/2021).

Ley departamental (Cochabamba) N° 294 del 12 de abril de 2013. Regularización de Centros de Atención Integral.

Ley departamental (La Paz) N° 56 del 30 de mayo de 2014. Regularización de Centros de Atención Integral.

Decreto departamental (Potosí) N° 10/2016, Reglamento para Acreditación, Apertura, Funcionamiento, Supervisión y Cierre de Centros de Acogida para Personas Adultas Mayores.

Resolución Administrativa (Beni) N° 05-A/2020, Reglamento para Acreditación, Apertura, Funcionamiento, Supervisión y Cierre de Centros de Acogida para Personas Adultas Mayores.