

La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe



La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe

Washington, D.C., 2023



**Década
del envejecimiento
saludable**
en las Américas



La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas
situación y desafíos

La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe

ISBN: 978-92-75-32687-9 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22687-2 (versión impresa)

© **Organización Panamericana de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo, 2023**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) respaldan una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS ni del BID.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS, del BID ni de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representan”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ni del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La OPS y el BID no se hacen responsables del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

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

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Derechos y licencias: para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS y/o el BID, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS y/o el BID los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS y el BID han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS y/o el BID podrán ser considerados responsables de daño alguno causado por su utilización.

FPL/HL/2023

Índice

Agradecimientos	iv
Siglas.....	v
Introducción	1
Los cuidados a largo plazo y su importancia para el envejecimiento saludable	2
La carga de la dependencia de cuidados	4
Cómo medir la carga de la dependencia de cuidados.....	4
Prevalencia de la dependencia de cuidados en las personas mayores	6
Factores que se relacionan con la dependencia de cuidados.....	8
Enfermedades	8
Nivel socioeconómico	10
Participación social, relaciones interpersonales y organización familiar	12
Efecto de la dependencia de cuidados en las personas mayores, sus cuidadores y sus familias	13
Calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia de cuidados	13
Cuidadores y familias.....	13
Efecto en la sociedad y oportunidades económicas en el sector de cuidados	15
Sistemas y servicios de cuidados a largo plazo	17
El papel del sector público	18
Diseño y ejecución de las políticas de cuidado.....	18
La prestación de servicios	20
Aseguramiento de la calidad de los servicios.....	23
Regulación y supervisión	23
Formación de los recursos humanos	24
El papel del sector privado	26
El papel del cuidado familiar	28
Prioridades y recomendaciones	29
Establecer sistemas de cuidados a largo plazo	29
Reconocer, reducir y redistribuir la carga de cuidados no remunerados para cerrar las brechas de género.....	32
Reforzar la integración sociosanitaria.....	33
Invertir en la economía del cuidado.....	34
Referencias	35

Agradecimientos

Este informe ha sido elaborado en el marco de una colaboración entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su redacción estuvo a cargo de Natalia Aranco, Deborah Oliveira, Fiorella Benedetti, Pablo Ibarrarán y Marco Stampini, del BID.

Esta publicación forma parte de una serie titulada *La Década del Envejecimiento Saludable en las Américas: situación y desafíos*, y es fruto de una iniciativa interinstitucional coordinada por Patricia Morsch, Enrique Vega y Pablo Villalobos, bajo la supervisión de Luis Andrés de Francisco Serpa, y Marcos Espinal de la OPS.

El propósito de la serie es ofrecer actualizaciones periódicas sobre los distintos ámbitos de actuación de la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) en la Región, así como sobre otros aspectos conexos. Se agradece la colaboración de los expertos y expertas de la OPS, del sistema de las Naciones Unidas, del sistema interamericano y del mundo académico que participaron en la iniciativa y formularon observaciones y recomendaciones esenciales para que el proyecto viera la luz.

Siglas

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados del Programa de Atención Médica Integral (Argentina)
PIB	Producto interno bruto
SABE	Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Colombia)
SNAC	Sistema Intersectorial de Protección Social (Chile)
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Uruguay)

Introducción

Los cuidados a largo plazo incluyen una serie de actividades realizadas por cuidadores y trabajadores del cuidado¹ para optimizar y compensar la pérdida permanente o transitoria de la capacidad intrínseca de una persona, a fin de promover un nivel de capacidad funcional conforme con los derechos básicos, las libertades fundamentales y la dignidad humana (1).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), el cuidador es una persona que brinda atención a uno o más miembros de su familia, amistades o comunidad de manera informal y, en general, no recibe remuneración. Por otra parte, los trabajadores del cuidado (profesionales de los ámbitos de la enfermería y el trabajo social, entre otros) proveen cuidados en el marco de los sistemas formales de prestación de servicios de cuidados a largo plazo.

Con el objetivo de perfilar el conocimiento actual disponible sobre la situación de la salud y el envejecimiento de las personas mayores, en este informe se brinda información actualizada sobre la situación de los cuidados a largo plazo en la Región. Los datos ofrecen un análisis detallado de la situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe, de la carga y los efectos de la dependencia de cuidados, así como de los sistemas y servicios de cuidados a largo plazo que existen en la actualidad.

El informe comienza con un análisis de lo que se consideran cuidados a largo plazo y por qué son relevantes en el contexto del envejecimiento saludable. En el siguiente apartado, se dimensiona la carga de la dependencia de cuidados en la subregión, las distintas maneras de medirla, su prevalencia entre las personas mayores y los factores relacionados con su desarrollo. A continuación, se describen los efectos del aumento de las necesidades de cuidados no solo en los individuos y sus familias, sino también en la sociedad en su conjunto. Posteriormente, se analizan las estrategias para satisfacer las demandas de cuidados de las personas mayores que existen en los distintos países, haciendo una distinción entre el papel del sector público (tanto en el diseño de políticas y la institucionalización como en la provisión de los servicios y el aseguramiento de la calidad), de las familias y del sector privado. Por último, se concluye con algunas consideraciones acerca de cuáles deberían ser los próximos pasos en la agenda de cuidados de la subregión.

¹ En este informe se utilizan los términos *cuidador* y *trabajador del cuidado* a modo de simplificar la lectura, sin perjuicio de reconocer que la gran mayoría de las tareas de cuidados, ya sean remuneradas o no, son realizadas por mujeres.

Los cuidados a largo plazo y su importancia para el envejecimiento saludable

Los cuidados a largo plazo son fundamentales para promover el envejecimiento saludable, ya que contribuyen a que las personas mayores mantengan el máximo nivel posible de capacidad funcional. Asimismo, ocupan un lugar central en la agenda mundial y en la respuesta de la OMS al envejecimiento de la población —contemplados como un área de acción clave de la Década del Envejecimiento Saludable, establecida por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo 2020 y posteriormente por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el mismo año (2)—.

Los cuidados a largo plazo pueden ser provistos por diversos actores, en varios entornos y en múltiples condiciones. Lo más común es que quienes se encarguen sean las mujeres de la familia de forma no remunerada y en el propio hogar en el que reside la persona en situación de dependencia de cuidados (3, 4). Sin embargo, la disminución del tamaño de las familias, el creciente reconocimiento de las desigualdades de género en la provisión del cuidado y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral imponen tensiones a la organización del cuidado basada exclusivamente en los lazos familiares. Este conjunto de circunstancias requiere la participación del Estado, el mercado y las organizaciones de la sociedad civil en la provisión de los cuidados.

Además del cuidado familiar, entre los servicios de cuidados a largo plazo más comunes se suelen distinguir los siguientes (5):

- **Servicios en residencias:** son servicios brindados a las personas mayores en instalaciones que incluyen alojamiento temporal o definitivo; pueden ofrecer un paquete integral de servicios de apoyo en las actividades de la vida diaria, de estimulación física y cognitiva, de apoyo a las familias y ciertos servicios de salud.
- **Servicios de apoyo domiciliario:** se trata de servicios brindados en el hogar donde reside la persona; en general, incluyen la presencia de un trabajador del cuidado que brinda apoyo en la realización de las actividades de la vida diaria, así como algunos servicios de salud por parte de profesionales capacitados.
- **Servicios en centros de día:** son servicios brindados en instalaciones que funcionan durante el día y no incluyen alojamiento; pueden ofrecer un paquete integral de servicios de evaluación, de estimulación y de apoyo social, físico, psicológico, cognitivo y nutricional.

- **Servicios de teleasistencia:** comprenden los servicios brindados por medio de tecnologías de la información y la comunicación cuyo objetivo es garantizar el monitoreo de la persona en situación de dependencia en su propio hogar, dar respuesta en casos de emergencia y estimular el autocuidado y la autonomía.
- **Servicios de apoyo a cuidadores:** incluyen servicios de apoyo o capacitación que persiguen no solo mejorar la calidad del cuidado, sino también la calidad de vida de las personas que lo brindan, liberándoles tiempo y aliviando las cargas emocionales y físicas implícitas en la provisión del cuidado. Se incluyen aquí, por ejemplo, los servicios de asesoría psicológica, capacitación y respiro (también llamado cuidado de relevo). También se podrían incluir aquí los beneficios económicos dirigidos al pago de los gastos de cuidado.

La decisión sobre qué servicio es el más adecuado debe tomarse en función del grado de dependencia de cuidados de la persona y de las necesidades de los cuidadores, así como del contexto en que ambos se encuentren. Los servicios de apoyo y cuidado domiciliario, los centros de día, la teleasistencia y el apoyo a los cuidadores permiten que la persona en situación de dependencia permanezca en su hogar el mayor tiempo posible y que los cuidadores mantengan su bienestar físico y mental. La evidencia indica que la permanencia en el hogar no solo es la opción preferida de las personas mayores, sino que, además, ayuda a preservar los niveles de autonomía y conlleva ventajas para la salud física, mental, social y emocional (1, 6).

En la actualidad, América Latina y el Caribe es la subregión del mundo que envejece con mayor rapidez (7). Si bien existe un altísimo nivel de heterogeneidad entre las personas, en general, se puede afirmar que el envejecimiento está acompañado de un mayor riesgo de desarrollar enfermedades, de experimentar una merma de las capacidades funcionales y, por lo tanto, de necesitar cuidados (2). La creciente proporción de personas mayores que vivirán en la subregión dará lugar a un aumento sustancial de la demanda de servicios de cuidados, que los países deberán atender en las próximas décadas (7).

Al aumento de la demanda se suma la disminución de la oferta de cuidados no remunerados provistos por la familia. A pesar de que continúa siendo el principal sostén, el apoyo familiar es cada vez más insuficiente y existe un creciente reconocimiento de que es no es equitativo entre los géneros. El aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, aunado a la disminución del tamaño de las familias, hace que la red de familiares con capacidad para

brindar cuidados no remunerados sea cada vez más reducida (5, 8). El papel de los gobiernos resulta, por lo tanto, fundamental para garantizar el acceso a servicios de calidad asequibles, mediante el desarrollo de sistemas nacionales de atención a las personas mayores en situación de dependencia y a sus cuidadores (5). Estos sistemas también pueden brindar apoyo a personas con discapacidad que presenten necesidades especiales de cuidado.

Con independencia del modo en que estén organizados, la OMS (1, 9) establece que estos sistemas deben: 1) optimizar la capacidad funcional a lo largo del tiempo y compensar la pérdida de la capacidad intrínseca; 2) estar centrados en la persona y en consonancia con los valores y preferencias de quien recibe los cuidados y de quien los brinda; y 3) proporcionar servicios integrados, integrales y continuados, con la participación activa de la comunidad. Un aspecto crucial en esta estrategia es la creación y el mantenimiento de una fuerza laboral debidamente capacitada y el apoyo a los cuidadores (10). Además, los cuidados a largo plazo deben considerarse en un contexto de integración sociosanitaria y, en la medida de lo posible, como parte importante de una estrategia de cobertura universal e integrada (11).

La carga de la dependencia de cuidados

Cómo medir la carga de la dependencia de cuidados

La necesidad de servicios de cuidados se debería medir, en la práctica, en función de la prevalencia y del nivel de dependencia, esto es, el grado de dificultad que supone para las personas realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (1, 12). Las primeras incluyen actividades de autocuidado esenciales, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o la silla, usar el baño y moverse dentro de la casa. Las AIVD son actividades que suponen un grado de complejidad cognitiva mayor y que, si bien no son necesariamente esenciales para la supervivencia, facilitan la vida independiente, como usar el teléfono, tomar medicamentos, administrar el dinero, comprar alimentos, preparar comidas y usar un mapa (1).

La medición puede abordarse desde dos niveles. El primero es un nivel micro, mediante el cual se evalúa el grado de dependencia de cada persona por medio de la aplicación de un baremo que incluye

un rango amplio de actividades con diferentes ponderaciones según su incidencia en la necesidad de cuidados de una persona (13). En los países que cuentan con sistemas de atención a la dependencia medianamente elaborados (como, por ejemplo, muchos de los que conforman la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos), el baremo se utiliza para determinar la elegibilidad de las personas beneficiarias. Los países utilizan diferentes baremos (algunos de los más conocidos son el índice de Barthel y el índice de Katz), según criterios tales como sus objetivos políticos, el tipo de beneficios y la viabilidad de su aplicación (14).

El segundo nivel de medición es un nivel macro, mediante el cual se realiza una estimación estadística de la prevalencia de la dependencia de cuidados, a efectos analíticos. Esto puede contribuir a múltiples objetivos, como dimensionar la demanda de servicios para planificar la oferta, analizar correlaciones entre diferentes variables a fin de establecer la población a la que se destinan los servicios, o incluso diseñar políticas de prevención. Algunos países realizan encuestas a nivel nacional en las que se incluyen módulos específicos para medir la capacidad funcional y la necesidad o disponibilidad de servicios de atención con la que cuenta la población encuestada. En América Latina y el Caribe, algunos países como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay llevan a cabo encuestas de este tipo.

Existe una gran heterogeneidad entre las encuestas de la subregión. Las ABVD y las AIVD se conceptualizan y se miden de manera diferente entre los distintos países (por ejemplo, diferente número y tipo de actividades consideradas, y distinta formulación de las preguntas y opciones de respuesta) e incluso dentro de un mismo país, cuando existe más de una encuesta. En la actualidad, no hay un método armonizado a escala mundial para medir la dependencia de cuidados, lo que dificulta el establecimiento de comparaciones entre países y a lo largo del tiempo. Debe destacarse que, como parte de un grupo interinstitucional de trabajo liderado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se están realizando actividades en América Latina y el Caribe para lograr una mayor armonización entre los instrumentos nacionales utilizados.

Por último, es importante no confundir la dependencia de cuidados con la situación de discapacidad. La definición de dependencia no se reduce exclusivamente a una dimensión biológica; el contexto en el que se desenvuelve una persona puede favorecer o limitar su autonomía funcional, más allá de la presencia de limitaciones físicas,

sensoriales o cognitivas. Dicho de otra manera, la existencia de limitaciones funcionales no equivale necesariamente a la dependencia de cuidados (7). Los datos de Uruguay, por ejemplo, muestran que, entre las personas mayores de 60 años, si bien el 82% de las que se encuentran en situación de dependencia funcional informa de alguna limitación física o mental, aproximadamente la mitad de las personas mayores con limitaciones goza de autonomía completa para la realización de sus actividades diarias (3).

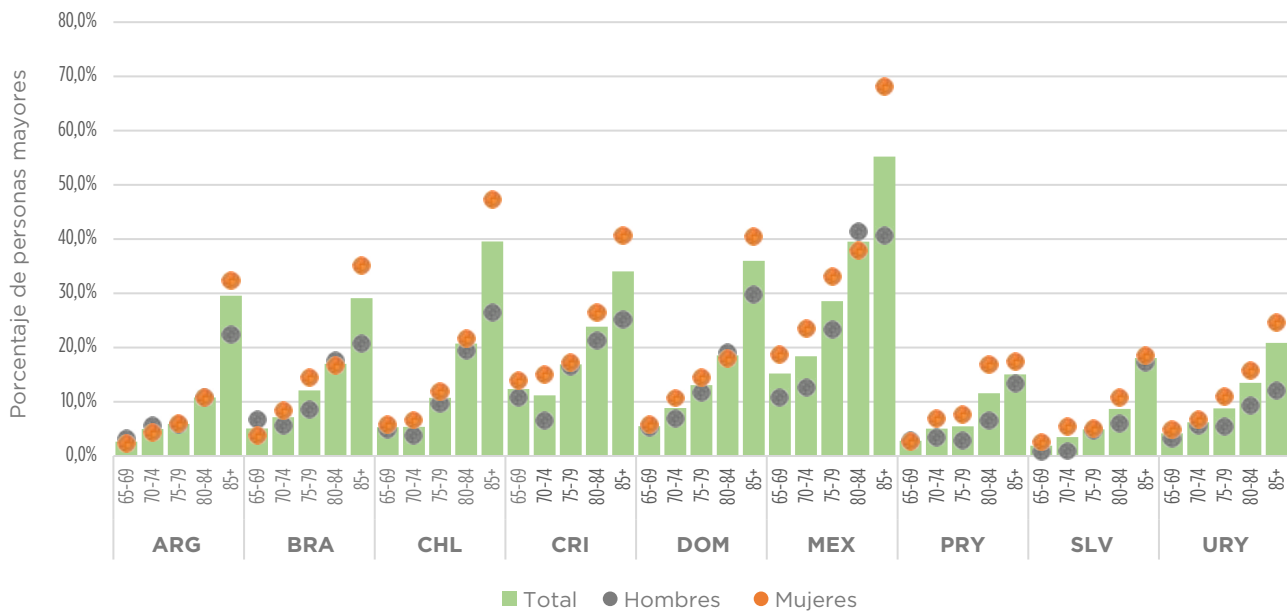
Prevalencia de la dependencia de cuidados en las personas mayores

En América Latina y el Caribe, el 14,4% de la población de 65 años o más se encuentra en situación de dependencia de cuidados, es decir, casi 8 millones de personas (15). En la figura 1 se muestra la prevalencia de la dependencia de cuidados por sexo y edad para los países de la subregión de los que se dispone de datos. Sobre la base de lo expresado por Aranco et al. (7), y en función de la disponibilidad de datos a los efectos de este análisis, se considera que una persona está en situación de dependencia de cuidados si presenta dificultades o necesita ayuda para realizar al menos una ABVD².

En la figura 1 se destaca la gran heterogeneidad de la prevalencia de la dependencia de cuidados en la población mayor entre países: por ejemplo, mientras que en El Salvador, Paraguay y Uruguay oscila entre un 15 y un 20% en las personas de 85 años o más, en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y República Dominicana esta cifra se sitúa entre el 30 y el 40%, e incluso llega a superar el 55% en México. Si bien parte de esta heterogeneidad se puede deber a diferencias genuinas entre los países, la falta de armonización de los instrumentos de recopilación de datos es también un factor subyacente a la heterogeneidad observada.

2 Si bien resulta fundamental considerar las dificultades para realizar las AIVD, sobre todo como señal temprana del deterioro cognitivo (véase Guo HJ, Sapiro A. Instrumental Activity of Daily Living. StatPearls Publishing; 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553126/>), su inclusión en las encuestas de los países de la subregión es menos frecuente que la inclusión de las dificultades para llevar a cabo las ABVD, e incluso más heterogénea.

Figura 1. Prevalencia de la dependencia de cuidados entre la población de 65 años o más en países de América Latina y el Caribe, por sexo y tramo de edad, 2012-2018



Notas: A partir de los datos más recientes disponibles para cada país, se muestra el porcentaje de la población que dice presentar dificultades o necesitar ayuda para al menos una actividad básica de la vida diaria. El número de actividades consideradas varía según el país: Costa Rica considera tres; El Salvador, cuatro; Chile, Paraguay y República Dominicana, cinco; Argentina, México y Uruguay, seis; y Brasil, siete. En Argentina, Chile, El Salvador, Paraguay y República Dominicana, la dificultad se mide en forma dicotómica (sí o no). En Brasil, la persona encuestada debe elegir un nivel de dificultad en una escala de cuatro; se considera situación de dependencia si indica que tiene “bastante dificultad” para realizar la actividad o que “no puede” realizarla. En México, también se emplea una escala de cuatro niveles: la persona se encuentra en situación de dependencia si declara que “sí, tiene dificultad”, “no puede realizar la actividad”, o “no hace la actividad por problemas de salud”. En Costa Rica, se aplica una escala de cinco niveles: la persona está en situación de dependencia si selecciona un valor mayor de 3 para cualquiera de las actividades, salvo levantarse de la cama (para la cual se impone un límite de 4). En Uruguay, el rango es de tres niveles, y se considera que la persona está en situación de dependencia si declara tener dificultad “moderadamente” o “siempre”.

ARG: Argentina; BRA: Brasil; CHL: Chile; CRI: Costa Rica; DOM: República Dominicana; MEX: México; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; URY: Uruguay.

Fuente: Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores.pdf>.

Cualesquiera que sean las diferencias en los niveles de funcionalidad entre los países, ciertos patrones resultan claros. En primer lugar, aunque un porcentaje elevado de la población mayor en situación de dependencia de cuidados es menor de 65 años, la prevalencia aumenta de forma acentuada con la edad, en particular a partir de los 85 años. El pronunciado gradiente etario refleja que, desde un punto de vista biológico, a medida que la edad avanza, aumentan las probabilidades de presentar problemas de salud complejos y, por lo tanto, de sufrir una pérdida paulatina de funcionalidad (1). Bajo el supuesto de que las tasas de dependencia por edad se mantienen constantes, el mero envejecimiento de la población llevará a que

el número de personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe se triplique en 30 años (7). Esto resalta la necesidad urgente de diseñar y aplicar políticas de atención a las personas mayores en situación de dependencia de cuidados.

En segundo lugar, las mujeres presentan tasas de dependencia de cuidados más elevadas que los hombres. Esto se puede deber al hecho de que las mujeres son más propensas a sufrir enfermedades muy debilitantes, aunque con niveles de mortalidad bajos (16). Sobre la base de que las mujeres brindan más del 70% del cuidado de las personas mayores (17), los datos muestran que la dependencia de cuidados tiene una doble dimensión de género, lo que debe tenerse en cuenta al diseñar las políticas (5).

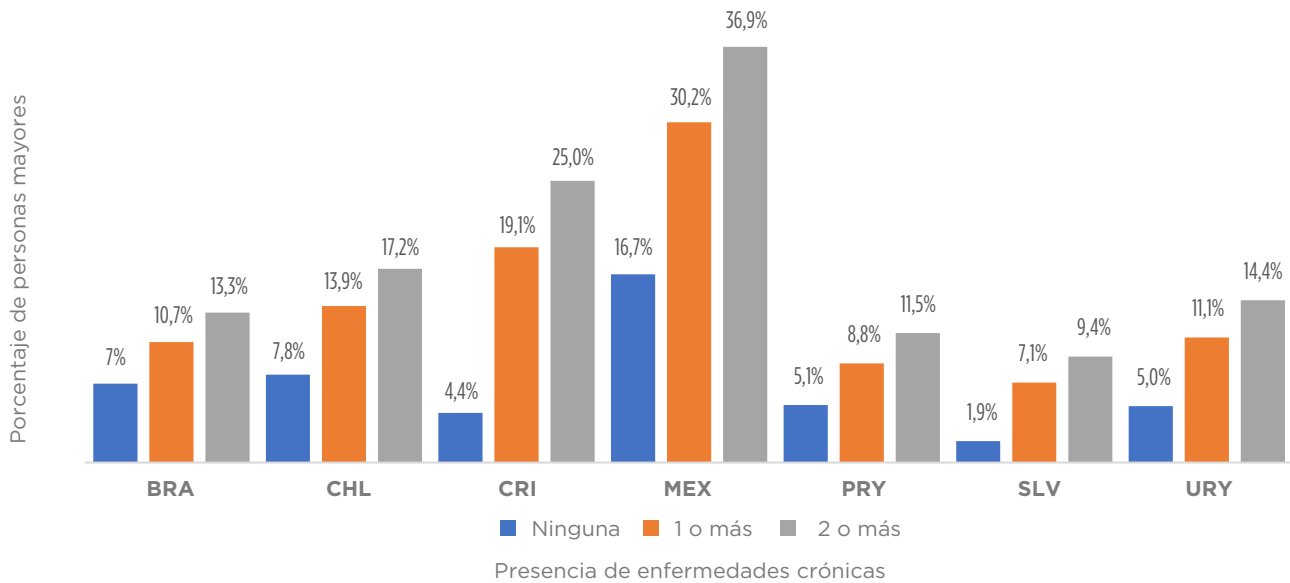
Factores que se relacionan con la dependencia de cuidados

Además de la edad y el sexo, el rango de factores relacionados con la presencia de una situación de dependencia de cuidados en las personas mayores es amplio y abarca desde el contexto socioeconómico o grado de participación en la sociedad hasta el estado de salud física y mental. Resulta difícil establecer nexos claros de causa-efecto entre dichos factores, ya que las relaciones de causalidad son complejas y, en muchos casos, no solo bidireccionales, sino también multidimensionales, y se refuerzan unas a otras. Con esto en mente, se presenta a continuación la síntesis de algunos de los factores contextuales, comportamentales y epidemiológicos que se relacionan con el estado de dependencia de cuidados en las personas mayores.

Enfermedades

La presencia de enfermedades y el deterioro cognitivo, así como la existencia de limitaciones —tanto físicas como sensoriales— pueden afectar la capacidad de una persona para llevar una vida autónoma e independiente. En la figura 2 se muestra que la probabilidad de que una persona mayor se encuentre en situación de dependencia de cuidados se incrementa con la presencia de enfermedades crónicas, en particular en aquellas que presentan algún grado de comorbilidad. La diferencia entre quienes no tienen ninguna enfermedad y quienes tienen más de una varía desde 6 puntos porcentuales en el caso de Brasil hasta más de 20 puntos en Costa Rica.

Figura 2. Prevalencia de la dependencia de cuidados entre las personas de 65 años o más, por presencia de enfermedades crónicas, 2012-2018



Notas: BRA: Brasil; CHL: Chile; CRI: Costa Rica; MEX: México; PRY: Paraguay; SLV: El Salvador; URY: Uruguay.

Fuente: Datos procesados a partir de los datos más recientes disponibles de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) en Chile (2015), El Salvador (2013), Paraguay (2015) y Uruguay (2013); el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) en México (2018); la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS) en Costa Rica (2018); y el Estudio Longitudinal de Salud de las Personas Mayores Brasileñas (ELSI, por su sigla en portugués) en Brasil (2016).

Existe un consenso generalizado acerca de que el riesgo de dependencia de cuidados atribuible a las enfermedades crónicas es considerable y de que esta causalidad también puede darse en el sentido opuesto: el hecho que una persona mayor se encuentre en situación de dependencia de cuidados puede conducir al desarrollo de enfermedades crónicas a causa de la falta de movilidad física, al desarrollo de síntomas depresivos o a deficiencias nutricionales, entre otras consecuencias, que generan dinámicas que se retroalimentan entre sí (18).

Estudios longitudinales, como el de González-González et al. (19), encontraron que las personas mayores con hipertensión, artritis, diabetes o embolia cerebral tienen mayor riesgo de desarrollar una situación de dependencia de cuidados en los 11 años siguientes que otras personas de iguales características (en cuanto a sexo, edad, nivel socioeconómico y hábitos de vida) pero sin enfermedades crónicas. De la misma manera, el deterioro cognitivo se ha relacionado con la probabilidad de presentar dificultades para realizar las AIVD en los cuatro años siguientes (20).

Esto resulta alarmante, ya que la prevalencia de algunas enfermedades crónicas como la diabetes, las neoplasias y las enfermedades musculoesqueléticas ha aumentado con el tiempo en personas de la misma edad (21). Si no se adoptan con rapidez medidas que reviertan esta tendencia creciente en algunas enfermedades, el aumento de las necesidades de cuidados en el futuro será proporcionalmente mayor al aumento de la población adulta mayor. Cierta evidencia ya apunta en este sentido: por ejemplo, en México, el porcentaje de personas de 80 años o más con dificultades para realizar las ABVD aumentó de un 29,7% en el 2001 a un 47,2% en el 2018, lo cual viene acompañado de incrementos en la prevalencia de las principales enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes (22).

Además de las enfermedades crónicas, la existencia de limitaciones físicas o sensoriales también se considera un predictor de la dependencia de cuidados. Datos recopilados en Chile muestran que el 35,8% de las personas mayores de 60 años con al menos una limitación física o sensorial se encuentran en situación de dependencia, en comparación con el 6,3% de las personas mayores sin limitaciones (7).

A su vez, el número de enfermedades crónicas y de limitaciones físicas o sensoriales repercute en la probabilidad de que las personas mayores sufran caídas, las cuales pueden provocar también situaciones de dependencia de cuidados (18,23). Datos provenientes de México muestran un aumento de más de 20 puntos porcentuales en la probabilidad de encontrarse en situación de dependencia de cuidados entre las personas mayores que sufrieron al menos una caída en los dos años previos, en comparación con aquellas que no sufrieron ninguna (24).

Nivel socioeconómico

La probabilidad de llegar a encontrarse en situación de dependencia de cuidados varía según el nivel socioeconómico: las personas pertenecientes a los estratos socioeconómicos desfavorecidos presentan, en promedio, mayores niveles de pérdida funcional. Asimismo, las personas en peor situación socioeconómica tienen menos acceso a servicios de cuidado. En el cuadro 1 se muestra la relación entre el nivel educativo y la dependencia de cuidados en personas mayores en seis países de América Latina y el Caribe, usando el nivel educativo como una variable indirecta del nivel socioeconómico de las personas.

Los mecanismos que subyacen a la asociación entre la situación socioeconómica y la dependencia de cuidados son muy diversos. La

Cuadro 1. Prevalencia de la dependencia de cuidados entre las personas de 65 años o más, por nivel educativo, 2012-2018

	Argentina	Chile	El Salvador	Paraguay	Uruguay
No asistió a la escuela	11,2	22,1	6,8	9,8	15,3
Primaria completa	6,9	14,2	3,6	6,3	10,2
Secundaria completa	6,1	7,7	8,0	3,3	6,8
Terciaria completa	2,9	7,8	n/a	n/a	5,1

Nota: Datos más recientes disponibles para cada país, expresados en porcentajes.

n/a: casos en que el número de observaciones es menor que 10.

Fuente: Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores.pdf>.

forma en la que una persona envejece es producto no solo de sus condiciones presentes, sino de una acumulación de factores y hábitos durante el curso de vida, los cuales están muy condicionados por el nivel socioeconómico del individuo y su familia (25-27). En general, las personas de menor nivel socioeconómico están expuestas a más factores de riesgo con relación a determinadas enfermedades y tienen mayores dificultades para acceder a una atención sociosanitaria de calidad. Su conocimiento del efecto de algunos hábitos y acciones en su salud es también menor, y carecen de los medios necesarios para aplicar esta información de manera eficaz en su vida diaria (por ejemplo, espacios adecuados para realizar actividad física y recursos económicos para acceder a una dieta saludable).

En el caso de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, la correlación negativa con el nivel socioeducativo está bien documentada para los países de ingresos altos, pero la evidencia en el caso de países de ingresos medianos y bajos (como la mayoría de los países de la subregión) es menos clara (28). La evidencia es bastante contundente en el caso de la demencia, una de las enfermedades con mayor carga de cuidados en las personas mayores (29). Diversos estudios, tanto regionales como internacionales, muestran que el nivel educativo (variable indirecta del nivel socioeconómico) tiene una relación inversa con la probabilidad de desarrollar demencia (29, 30). Al mismo tiempo, la probabilidad de presentar más de una enfermedad crónica a la vez, condición asociada de manera positiva a la dependencia de cuidados (cuadro 1), parece ser más elevada entre personas de niveles educativos bajos (31); esto demuestra las complejas interacciones existentes entre los factores socioeconómicos y el hecho de sufrir múltiples afecciones a lo largo del tiempo.

Una vez que la persona se encuentra en situación de dependencia de cuidados, un mayor nivel socioeconómico permite acceder a servicios de atención de mayor calidad, que incentiven la autonomía y prevengan incluso mayores niveles de dependencia. En un contexto de escasez de servicios de cuidado subsidiados, como es el de América Latina y el Caribe (véase el apartado sobre sistemas y servicios de cuidado a largo plazo), esto pone de relevancia la necesidad de formular políticas públicas de cuidados que se centren especialmente en la población en situación de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista económico.

Participación social, relaciones interpersonales y organización familiar

La percepción de contar con una red de contención social —ya sea familiar, de vecindad o de amistad— tiene un efecto positivo en la calidad de vida y en la salud, y disminuye la probabilidad de que las personas mayores se encuentren en situación de dependencia, al aumentar el sentido de control y el bienestar emocional, y disminuir los niveles de estrés (32, 33). La bibliografía muestra la existencia de una correlación positiva entre la soledad y el aislamiento social, por un lado, y la dependencia de cuidados, por otro (1). Las personas mayores en situación de aislamiento social tienen, por lo tanto, más probabilidades de desarrollar un estado de dependencia de cuidados. Al mismo tiempo, la falta de autonomía e independencia para realizar ciertas actividades dificulta la interacción con los demás (en particular, en el caso de las personas mayores que viven solas), lo cual, a su vez, aumenta el riesgo de aislamiento (34, 35). De nuevo, la relación de causalidad entre factores puede darse en ambos sentidos.

La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en Colombia muestra que aproximadamente el 60% de las personas mayores con dependencia de cuidados no participa en grupos sociales y que esto se asocia con un aumento del 50% en la probabilidad de depender de cuidados (36). En México, se observa que la dependencia de cuidados es más prevalente entre las personas mayores viudas y con menos apoyo proveniente de las redes sociales (37).

La información sobre la participación social, las relaciones interpersonales y la organización familiar también es importante para ayudar a entender los contextos del cuidado y el apoyo en la comunidad. En Brasil, datos del estudio nacional sobre la fragilidad en personas mayores brasileñas (FIBRA, por su sigla en portugués) muestran que, a pesar de que las mujeres se encuentran en situación de mayor dependencia de cuidados,

peor estado de salud y menor nivel socioeconómico, tienen menos probabilidades que los hombres de contar con alguien que las ayude con las ABVD y las AIVD (38). Esto indica que, a pesar de que es más probable que necesiten cuidados, las mujeres disponen de menos recursos comunitarios e informales y, por lo tanto, necesitan más apoyo de los servicios formales de atención a la dependencia.

Efecto de la dependencia de cuidados en las personas mayores, sus cuidadores y sus familias

Calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia de cuidados

La evidencia muestra una correlación negativa entre la dependencia de cuidados y la calidad de vida de las personas mayores. En Colombia, varios estudios que utilizaron la encuesta SABE mostraron que el deterioro de la funcionalidad se asocia con una disminución de la calidad de vida (39). En México, a partir del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), se mostró una asociación positiva entre la dependencia funcional y los síntomas depresivos (40).

Si bien la dependencia de cuidados puede conducir a una mala calidad de vida en las personas mayores, las dificultades en el acceso a los servicios de atención empeoran aún más esta situación. Dicha relación se acentúa según el nivel socioeconómico: la prevalencia de la dependencia de cuidados es mayor en las personas pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos, quienes, además, tienen menos oportunidades de acceder a los servicios de cuidados que necesitan.

Cuidadores y familias

A nivel regional, no se ha realizado todavía ningún estudio acerca del cuidado familiar no remunerado de las personas mayores en situación de dependencia, por lo que la evidencia sobre este tipo de cuidados en el contexto cultural y socioeconómico de América Latina y el Caribe es escasa. De todas maneras, el análisis de las encuestas sobre el uso del tiempo muestra que las mujeres de los hogares más pobres soportan la carga más pesada de trabajo doméstico no remunerado (que también incluye los cuidados a largo plazo de las personas mayores). En Uruguay, por ejemplo, las mujeres del quintil de ingresos más bajo dedican aproximadamente un 39% más de horas

a la semana al trabajo no remunerado que las del quintil más alto (41). La pandemia de COVID-19 reafirmó esto y reveló, además, cuán insostenible es la situación actual (41, 42).

La gran contribución de las mujeres al cuidado no remunerado las obliga, a menudo, a permanecer fuera del mercado laboral y a retirarse de actividades sociales y educativas; esto, sumado a los costos del cuidado (como los gastos en salud, medicamentos y transporte) las puede llevar al empobrecimiento (43) y a una mala calidad de vida (1). En un análisis realizado en México, Stampini et al. (17) encontraron que, para las mujeres de entre 50 y 64 años, las responsabilidades de cuidar a un padre o una madre en situación de dependencia de cuidados se asocia con una disminución significativa de la probabilidad de participar en el mercado de trabajo y con una reducción del número de horas pagas trabajadas. Para los hombres no se encontró ningún efecto en la participación laboral o en el número de horas de trabajo. En Brasil, más del 70% de quienes cuidan a personas mayores son mujeres, y el 25,8% indica haber dejado de trabajar o estudiar para brindar cuidados (4). En Colombia, el 18% de los cuidadores y cuidadoras indicó que había tenido que reducir su jornada de trabajo debido a las responsabilidades de cuidado, y el 15% indicó que no podía trabajar fuera de casa por el mismo motivo (44).

Datos de un estudio longitudinal a lo largo de tres años en México y el Perú muestran que, en hogares donde las personas mayores requirieron cuidados en el período de análisis, la economía familiar se vio perjudicada. En comparación con los hogares donde no hay necesidades de cuidado, los ingresos por trabajo remunerado y las transferencias gubernamentales fueron más bajos, el consumo fue un 12% más reducido, el gasto en salud fue más alto y los gastos catastróficos en salud fueron más frecuentes (45).

Otro estudio realizado en México midió el nivel de gasto de bolsillo en salud y en cuidados de las personas mayores con dificultades para realizar actividades de la vida diaria. La situación de dependencia se asoció a un mayor nivel de gasto en salud y cuidados: un 107% más en comparación con las personas no dependientes (46). En términos monetarios, el nivel de gasto en salud y cuidados equivale a 10 veces el pago de la pensión no contributiva para personas mayores. Esto evidencia las dificultades que entraña la prestación de servicios de cuidado para las personas que viven en condiciones de pobreza y vulnerabilidad en un contexto en el que la oferta pública es baja, tal como también destacan López-Ortega et al. (22).

Además de la repercusión socioeconómica en las familias, la atención en sí puede tener un efecto negativo en el bienestar físico y mental, y en la calidad de vida general de los cuidadores no remunerados (47). La tensión psicológica y la carga del cuidador es alta en América Latina y el Caribe, sobre todo en los cuidadores de personas con demencia (48). Existe una gran cantidad de investigaciones en todo el mundo sobre el bienestar físico y mental de las personas cuidadoras que muestran que estas tienen más probabilidades de sufrir enfermedades físicas y mentales, y de tener peor calidad de vida que quienes no realizan tareas de cuidado (49, 50). Coe y van Houtven (51), por ejemplo, estimaron que brindar atención a una madre enferma aumentó en un 47% el número de síntomas depresivos de los cuidadores. Otros estudios evidencian un mayor uso de fármacos antidepresivos, tranquilizantes, analgésicos y agentes gastrointestinales por parte de los cuidadores (52, 53).

Efecto en la sociedad y oportunidades económicas en el sector de cuidados

A nivel macro, el aumento del número de personas en situación de dependencia de cuidados requiere que se invierta en el desarrollo y financiamiento de servicios y políticas públicas para atender el incremento de la demanda (5). Por lo tanto, uno de los obstáculos más importantes relacionados con la aplicación de una política nacional de cuidados a largo plazo es su financiamiento. En América Latina y el Caribe, el gasto público en políticas y programas de atención a la dependencia es todavía bajo y proviene, en su mayoría, de recursos fiscales, ya sea a nivel nacional, a nivel local o ambos.

Medellín (54) estimó cuánto costaría poner en práctica servicios de atención a las personas en situación de dependencia de cuidados en siete países de América Latina y el Caribe. Según el monto de los beneficios, el rango varía entre el 0,3 y el 1% del producto interno bruto (PIB). A efectos comparativos, Uruguay gasta un 0,04% del PIB en programas de atención a las personas en situación de dependencia de cuidados (datos de 2017) y Chile, un 0,02% (datos de 2019) (3, 55).

El gasto directo asociado con la puesta en práctica de servicios de atención a las personas en situación de dependencia debe evaluarse en comparación con los ahorros que genera. En este sentido, se argumenta que un sistema de cuidados implica dos tipos de ahorro posibles: el valor del tiempo liberado de los cuidadores y el ahorro en los servicios de salud. En primer lugar, el tiempo liberado de los cuidadores puede

invertirse en el mercado laboral o destinarse al ocio. Simulaciones realizadas en México muestran que este ahorro social varía entre el 0,04 y el 0,07% del PIB (19). En segundo lugar, el ahorro sanitario puede generarse como consecuencia de una disminución de las hospitalizaciones prevenibles y de la duración de las inevitables. Existe evidencia internacional sobre la magnitud de estos ahorros. En el caso de España, por ejemplo, la expansión de servicios de cuidado para personas en situación de dependencia generó una disminución de las admisiones y estadías hospitalarias y, en consecuencia, una reducción de los costos del 11% (5).

Los obstáculos asociados con el envejecimiento y el aumento de la demanda de cuidados también generan oportunidades para el crecimiento, la creación de empresas, la generación de empleo y la formalización de los servicios de cuidado. Estas oportunidades son parte de la llamada economía plateada, definida como la economía relacionada con las demandas de bienes y servicios de las personas mayores (56). La economía plateada puede ser un motor de crecimiento económico: en América Latina y el Caribe, entre el 2015 y el 2030, la población de más de 60 años será la responsable del 30% del aumento del consumo (57). Algunos ejemplos de creación de empresas son las viviendas especialmente diseñadas para que las personas con dependencia leve o moderada puedan vivir de forma independiente a pesar de las limitaciones funcionales (como problemas de visión, audición o movilidad entre las estancias) y los servicios de cuidado basados en la introducción de tecnología (teleasistencia) (56).

Por último, el desarrollo de servicios para atender a las personas en situación de dependencia de cuidados es una fuente importante de generación de empleo y formalización de estas tareas, sobre todo para las mujeres. En Corea del Sur, el sector de los cuidados ha generado casi medio millón de empleos, de los cuales el 95% fueron ocupados por mujeres (58). En América Latina y el Caribe, debido a la ausencia de un sistema de atención a la dependencia formal y estructurado, el efecto en la generación de empleos de calidad en el ámbito del cuidado es todavía muy bajo y aún no se ha cuantificado. El desarrollo de políticas y sistemas en la subregión puede brindar una oportunidad en este sentido.

Sistemas y servicios de cuidados a largo plazo

Las estrategias para resolver las necesidades de cuidados de las personas mayores en cualquier sociedad se apoyan, sobre todo, en el papel de tres actores clave: el sector público, el sector privado y las familias.

En general, el sector público es el responsable del diseño y la ejecución de políticas y sistemas de atención a las personas en situación de dependencia, así como de supervisar, asegurar la calidad y garantizar una cobertura equitativa de los servicios. En muchos países de América Latina y el Caribe, el sector público es, además, responsable de la prestación directa de muchos de estos servicios.

Por otra parte, el sector privado participa en la provisión de servicios, ya sea mediante la oferta de servicios remunerados por parte de empresas con fines de lucro, o mediante organizaciones sin fines de lucro, que ofrecen servicios de cuidado y capacitación de forma gratuita o cofinanciados por el sector público. El desarrollo del sector es muy heterogéneo en la subregión, tanto en lo que respecta a la cantidad y variedad como a la calidad. Esta diversidad no se da solo entre países, sino también dentro de ellos según la capacidad de pago de las personas que acceden a los servicios y de la posibilidad de su cofinanciación por parte de los gobiernos.

En la actualidad, en un contexto caracterizado por la falta de cobertura del sector público y el acceso limitado a servicios privados de calidad (sobre todo, aunque no únicamente, entre los estratos socioeconómicos más bajos) (59), son las familias las que proveen la mayor parte del cuidado que necesitan las personas en situación de dependencia, con muy poco apoyo de las instituciones.

Cabe destacar que, en muchos países, la sociedad civil ejerce un papel importante a la hora de garantizar que las necesidades, los derechos y las voces de las personas mayores y sus familias se tengan en cuenta al formular las políticas y crear los servicios, así como para garantizar la cobertura de quienes más los necesitan. En este sentido destacan, por ejemplo, los grupos comunitarios, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los sindicatos, los grupos indígenas, las asociaciones profesionales y las fundaciones.

A continuación, se presenta una descripción breve del papel y de las características de cada uno de estos actores en los países de América Latina y el Caribe.

El papel del sector público

Diseño y ejecución de las políticas de cuidado

Hoy en día, muchos de los países de América Latina y el Caribe carecen de servicios de apoyo articulados por una política nacional de atención a las personas mayores en situación de dependencia de cuidados.

Uruguay fue el primer país de la subregión en establecer una política de cuidados a nivel nacional. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) comenzó a funcionar en el 2015 con el objetivo de ser un sistema universal que brinde acceso a una atención de calidad, independientemente de la edad, los ingresos o el lugar de residencia de la persona (60). La población destinataria incluye a las personas mayores con necesidades de apoyo, a las personas con discapacidad y a los niños y niñas. En el caso de las personas en situación de dependencia, el sistema se centró, en una primera instancia, en las personas menores de 30 años y mayores de 80 en situación de dependencia grave, y en las personas mayores de 65 años en situación de dependencia leve y moderada.

Los servicios destinados a la población elegible se determinan en función de la edad y la capacidad funcional, e incluyen subsidios para la contratación de asistentes personales (para personas con dependencia grave), teleasistencia y centros de día (para personas con dependencia leve o moderada). Otra de las poblaciones prioritarias del sistema son los cuidadores remunerados; el SNIC apuesta por mejorar la calidad de los servicios e invierte en la formación y profesionalización de esta población (3). El sistema se financia a través de rentas generales. Para los servicios de asistentes personales y teleasistencia existe un sistema de copagos que depende del nivel de ingresos de la persona en situación de dependencia y de su familia. Sin embargo, debe mencionarse que, hasta el momento, un porcentaje muy bajo de los usuarios (14,6%) pertenece al rango de ingresos al que son aplicables los copagos.

En Chile, el sistema de atención (Chile Cuida), establecido en el 2017, se considera un subsistema del Sistema Intersectorial de Protección Social (SNAC). Actualmente, funciona solo en 22 de los 346 municipios del país. Los beneficiarios son las personas con dependencia de cuidados moderada o grave y sus cuidadores, siempre que pertenezcan al 60% de los hogares en situación de mayor vulnerabilidad del país. Los municipios se encargan de coordinar el acceso a los servicios, a partir de un plan de cuidados personalizado que se formula en colaboración con la persona en

situación de dependencia y su familia. Los servicios incluyen asistencia personal domiciliaria, centros de día, atención residencial, ayudas técnicas, adaptaciones en el hogar, y servicios de apoyo y respiro para las personas cuidadoras. El sistema se financia con recursos fiscales del gobierno nacional, complementados con recursos de los gobiernos locales. A diferencia de Uruguay, Chile carece de una ley nacional que regule el funcionamiento de su subsistema de atención, lo que dificulta el cumplimiento de la cobertura mínima, los plazos y la calidad de los servicios prestados (55).

Tanto en Chile como en Uruguay, la participación de más de un ministerio, la sociedad civil, los sectores público y privado, y los usuarios de los servicios en la formulación y ejecución de las políticas de cuidado demuestra una predisposición a la coordinación entre los sistemas sociales y de salud (3, 55). Sin embargo, la evidencia muestra que aún queda mucho por avanzar en el ámbito de la integración sociosanitaria.

El tema está adquiriendo cada vez más importancia y ha aparecido en la agenda pública de otros países de la subregión. Recientemente, Costa Rica también ha publicado un plan progresivo de 10 años para desarrollar, integrar, fortalecer y expandir un sistema de atención a largo plazo, con el que se aumenta la cobertura y la equidad tanto para las personas mayores como para sus cuidadores (61). Costa Rica es actualmente uno de los primeros países de ingresos medianos del mundo en tener una política nacional de atención a largo plazo. La elegibilidad para el uso de los servicios se basa en los niveles de capacidad funcional. El plan detalla un sistema de gobernanza; sistemas de información integrados; el fortalecimiento de la prestación de servicios, incluida la fuerza laboral; medidas para abordar la desigualdad de género; y un sistema de aseguramiento de la calidad (61).

Otros países como Argentina, Colombia, Panamá, Perú y República Dominicana tienen planes nacionales de atención a las personas en situación de dependencia de cuidados en fase de discusión o elaboración. La mayoría de estos países ha anunciado su intención de diseñar sus políticas de atención con un enfoque basado en la equidad de género. Debe resaltarse el interés que están prestando al desarrollo de los servicios de atención a domicilio, en consonancia con la tendencia a la desinstitucionalización de los cuidados que se está dando a nivel mundial y que responde no solo a razones relacionadas con el costo, sino primordialmente a las preferencias de las personas en situación de dependencia (6).

La prestación de servicios

Aunque en la mayoría de los países no existan sistemas consolidados y articulados por una política nacional, en algunos de ellos el sector público ya asume, en la práctica, la prestación de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia de cuidados. Esta prestación puede llevarse a cabo, bien mediante la oferta directa de servicios, bien de manera indirecta, a través del financiamiento de proveedores, o incluso por medio de transferencias monetarias a la persona con dependencia para el pago de servicios.

En este sentido, es posible identificar en ciertos países la existencia de políticas y programas que, de forma directa o indirecta, son relevantes para la población mayor en situación de dependencia de cuidados. En general, estos programas se inscriben en los sistemas de salud o de protección social nacionales. Argentina, por ejemplo, cuenta con una amplia gama de políticas públicas en el ámbito de los cuidados, bajo la órbita del Ministerio de Salud (a través del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados del Programa de Atención Médica Integral [PAMI]) y el Ministerio de Desarrollo Social (62). En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) tiene como objetivo brindar atención médica universal e integral a todas las personas que la necesitan, lo cual incluye la prestación de servicios destinados a cubrir las necesidades de salud de las personas mayores en el marco de la atención primaria (por ejemplo, fisioterapia, apoyo domiciliario relacionado con la salud, medicación y educación sanitaria sobre enfermedades crónicas) (63). Por su parte, el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) ofrece algunos servicios a personas mayores dependientes en situación de vulnerabilidad, como centros residenciales y centros de día (64, 65).

Deben destacarse las actividades realizadas en varios países de la subregión para fortalecer los servicios de atención domiciliaria, en línea con las buenas prácticas de cuidado de las personas mayores en situación de dependencia de cuidados (6). En Uruguay, por ejemplo, el apoyo prestado por asistentes personales a domicilio — que ofrecen 80 horas de ayuda domiciliaria al mes— es el principal servicio ofrecido por el SNIC. El sistema de Chile también ha puesto énfasis en la atención domiciliaria, e incluso el Ministerio de Salud tiene a su cargo un programa de atención domiciliaria para personas con dependencia grave (55). En Argentina, el PAMI entrega subsidios a las personas mayores en situación de dependencia de cuidados para la contratación de un cuidador o cuidadora a domicilio acreditado. Tales sistemas ayudan a promover el envejecimiento saludable en el hogar.

A pesar de estas actividades y de la tendencia a la prestación de servicios en el domicilio, los servicios residenciales aún constituyen una de las principales modalidades de atención ofrecidas por el sector público, si bien su cobertura es limitada (por ejemplo, en México, solo el 8% de los servicios residenciales son públicos, mientras que en Brasil la cifra es de apenas el 2%) (22, 66).

Los centros de día también son una modalidad de atención pública relativamente común en los países de la subregión; por lo general, se centran en la población adulta mayor con un nivel de dependencia leve o moderado. En el caso de Chile, por ejemplo, el Ministerio de Salud tiene a su cargo los denominados Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, que son centros diurnos dirigidos a personas mayores de 60 años con demencia leve o moderada (55).

Otros servicios, como la teleasistencia, están menos desarrollados, al menos desde el sector público. En la actualidad, solo Uruguay lo incluye como parte del paquete de beneficios del sistema. Existen algunas iniciativas a nivel local de cooperación entre el sector público y las organizaciones de la sociedad civil: por ejemplo, en la localidad argentina de Tigre —donde muchas personas viven en zonas de difícil acceso—, se llevó el servicio a las personas mayores de 60 años que viven solas, gracias a una iniciativa conjunta del gobierno local y la Cruz Roja. En Chile, algunas municipalidades también prestan de manera gratuita este servicio a residentes mayores, contratando empresas privadas para tal fin.

En algunos casos, en lugar de brindar servicios de atención a la dependencia de forma directa, los gobiernos realizan transferencias monetarias, que pueden tener un fin específico (es decir, una especie de cupón para la compra de servicios) o ser de libre disponibilidad. Un ejemplo del primer caso son las transferencias para la contratación de ayuda domiciliaria de Argentina, mencionado anteriormente. Un ejemplo del segundo es el de Chile, donde el Ministerio de Salud realiza una transferencia monetaria (de 35 dólares mensuales de Estados Unidos de América) a los cuidadores de personas en situación de dependencia grave y vulnerabilidad socioeconómica (55). Las transferencias monetarias de libre disponibilidad han sido criticadas por una parte de la literatura porque refuerzan el modelo tradicional del cuidado familiar no remunerado y desperdician la oportunidad de apoyar la creación de empleo formal en la economía del cuidado y de contribuir a la reducción de la desigualdad de género en el mercado laboral (5).

El apoyo indirecto mediante el financiamiento de proveedores es una práctica común en la subregión. Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana y Uruguay son ejemplos de países en los que parte del apoyo del sector público se brinda mediante la transferencia de recursos a instituciones sin fines de lucro que prestan servicios de residencia o en centros de día (3, 62, 67-70).

En la mayoría de los países (por ejemplo, en Colombia, Ecuador, Jamaica, México y República Dominicana), los servicios de cuidado y apoyo ofrecidos por el sector público, ya sean otorgados en forma directa o a través del cofinanciamiento, están dirigidos a la población en situación de vulnerabilidad socioeconómica (68-71). Muchas veces, los servicios ofrecidos en el ámbito institucional son una mezcla de servicios asistenciales, cuya prioridad es atender a las personas mayores que viven en la pobreza o no tienen hogar, y servicios de cuidados (72).

Incluso en los países donde existe un sistema de cuidados relativamente desarrollado, el acceso a los servicios está determinado no solo por el nivel de dependencia de la persona, sino también por su grado de vulnerabilidad económica. En Chile, por ejemplo, las personas beneficiarias del programa Chile Cuida deben pertenecer al 60% de la población en situación de mayor vulnerabilidad del país (55). Hasta en Uruguay, donde la cobertura del sistema no está determinada por la vulnerabilidad económica de la persona (aunque sí los niveles de copagos), los datos sobre la población beneficiaria muestran que el 87% pertenece a hogares de ingresos bajos y, por lo tanto, recibe la totalidad del subsidio (3).

Como consecuencia de los criterios de selección de las personas beneficiarias y de los escasos recursos asignados, los niveles de cobertura son bajos. En Uruguay, si se consideran los servicios otorgados por el SNIC y los servicios en residencias públicas o que reciben financiamiento público, el porcentaje de la población de 65 años o más con dependencia de cuidados cubierta es del 11% (73). En Chile, Ecuador y República Dominicana, la cobertura de los servicios financiados por el Estado se sitúa entre el 5% y el 6% de las personas mayores en situación de dependencia.

Entre los países para los que se dispone de datos, Argentina y Costa Rica son los que presentan una mejor cobertura de la población adulta mayor en situación de dependencia, con cifras que alcanzan aproximadamente el 20% (59). En ambos casos, los altos niveles de cobertura se deben a las transferencias monetarias del Estado, ya sea

a las personas en situación de dependencia (en Argentina) o a los proveedores de servicios (en Costa Rica), y no a la provisión directa de los servicios.

Aseguramiento de la calidad de los servicios

El sector público también desempeña un papel importante en todo lo relacionado con el aseguramiento de la calidad de los servicios de atención mediante la habilitación, la regulación y la supervisión de las instituciones proveedoras, por un lado, y las estrategias de formación de recursos humanos, por otro. En ambos dominios existen aún grandes espacios de mejora. Una investigación reciente que incluye 26 países de la subregión evidencia la baja calidad de los servicios de cuidados, tanto en instituciones como en el domicilio (59).

Regulación y supervisión

La regulación y la supervisión de los servicios es fundamental para garantizar la calidad de la atención (5). El sector público es el responsable de establecer las normas de calidad para los proveedores, mediante, por ejemplo, especificaciones sobre la estructura edilicia, la proporción de personal disponible con respecto a la población atendida, los perfiles de capacitación y los servicios mínimos que deben ofrecerse, entre otras cosas. Es, además, el encargado de vigilar el cumplimiento de dichas normas, mediante el otorgamiento de licencias de funcionamiento y las inspecciones regulares a los proveedores.

En el caso de las residencias de larga estancia, la mayoría de los países cuentan con estándares normalizados que establecen requisitos mínimos sobre la infraestructura, la dotación de personal en función del número de residentes o los servicios que se prestan, pero no especifican criterios relacionados con el tipo de atención ni con los resultados esperados en cuanto al bienestar de las personas mayores. Aun así, la falta de recursos de las agencias responsables, en algunos casos sumada a la ausencia de un registro nacional de instituciones, dificulta la supervisión. En Uruguay, por ejemplo, se estima que en el 2019 solo un 2% de los más de 1000 establecimientos que existen en el país estaban autorizados para operar y poco más del 10% se encontraban en proceso de habilitación (3). En otros países, como Argentina o Chile, es imposible calcular siquiera el porcentaje de residencias que operan sin autorización, debido a la falta de registro (55, 62).

El problema es aún mayor en lo que refiere a la calidad de los servicios de atención domiciliaria, donde la existencia de estándares normalizados es menos común y las condiciones para la supervisión son más complejas. A este respecto, en Chile se realiza una encuesta de satisfacción bianual a los hogares beneficiarios del servicio de atención domiciliaria del SNAC. Además, se prevé que un supervisor visite cada domicilio al menos una vez cada tres meses para evaluar el cuidado que se brinda (55).

En resumen, la información sobre la calidad de la atención a largo plazo en la subregión es escasa en lo que se refiere a la atención brindada tanto en el hogar y en la comunidad (incluida la atención no remunerada) como en entornos de atención residencial. En general, esto se debe a la falta de mecanismos de medición y supervisión de los servicios existentes.

Formación de los recursos humanos

La cantidad, la formación y la capacitación de los recursos humanos en el ámbito de los cuidados es fundamental para asegurar servicios de calidad. Sin embargo, este es un ámbito que se caracteriza por condiciones laborales desfavorables, donde los niveles de remuneración bajos y las tasas de informalidad y rotación altas son la norma (74). En Uruguay, por ejemplo, en el 2014, el 44% de las personas que trabajaban en el sector de cuidados de personas con dependencia no realizaban aportes a la seguridad social (3).

Dadas las condiciones laborales descritas, el ámbito de los cuidados enfrenta dificultades para atraer y retener mano de obra calificada. Se estima que, a nivel global, el déficit de recursos humanos en el sector de cuidados de personas mayores es de 13,6 millones de personas (75). En América Latina y el Caribe, se estima que se necesitarán cerca de 5 millones de trabajadores del cuidado en el 2020, cifra que podría aumentar a más de 14 millones en el 2050 (76).

En muchos casos, las tareas de cuidados las llevan a cabo las mismas personas que son contratadas para realizar el servicio doméstico. Por ejemplo, según los resultados de la Encuesta Longitudinal de Protección Social en Uruguay (2013), el 16% del personal de servicio contratado por los hogares realiza tareas de cuidados; entre ellos, más de una tercera parte se dedica al cuidado de personas mayores.

Esto puede ser reflejo, por un lado, de la escasez de mano de obra calificada a precios asequibles, pero también de la percepción

generalizada de que los cuidados no requieren ningún tipo de formación particular y son, simplemente, una extensión del trabajo que se realiza en el hogar.

A pesar de este contexto, se observan ciertos avances en la subregión que apuntan a la revalorización, capacitación y formalización del trabajo de cuidados. El objetivo es no solo mejorar la calidad del cuidado brindado y, por lo tanto, el bienestar de la persona mayor en situación de dependencia, sino también incrementar el bienestar de los trabajadores del sector. Uruguay, por ejemplo, ha adoptado medidas importantes en este sentido, al establecer requisitos obligatorios de capacitación o acreditación para quienes deseen desempeñarse como asistentes personales del SNIC, así como plazos para que el personal de las residencias y otras instituciones de cuidados completen la formación obligatoria (3).

Otro ejemplo es Argentina, donde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores ofrece cursos de formación para cuidadores domiciliarios. Quienes completan el curso pasan a formar parte del Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios, creado en el 2016 y que actualmente cuenta con 6400 cuidadores inscritos (62). Este registro es una plataforma en línea en la que cualquier persona puede encontrar a trabajadores del cuidado certificados y capacitados de todo el país y ponerse en contacto con ellos, y sirve, a su vez, como estímulo para la formalización (77). De manera similar, en Chile, los asistentes domiciliarios del programa Chile Cuida también reciben capacitación por parte del Servicio Nacional del Adulto Mayor (55).

A pesar de estos avances, el aseguramiento de la calidad de los servicios mediante la formación de los recursos humanos continúa siendo uno de los grandes problemas de la subregión. La mayor parte del personal que trabaja en residencias de larga estancia no cuenta con certificación o capacitación formal. Los datos disponibles muestran que, en Colombia, solo el 30% del personal de estas instituciones está debidamente capacitado, y en México no llega al 3% (22, 70). En Uruguay, a pesar de que el SNIC impuso requisitos de capacitación, estos no vinieron acompañados de un aumento en la oferta de formación, lo cual ha dado lugar a largas listas de espera para la realización de los cursos: los datos del 2017 muestran que, de 18 000 personas postuladas para realizar el curso de asistentes personales acreditado por el SNIC, solo se habían graduado 1000 (3).

En un contexto en el que la mayoría del cuidado lo brinda la familia de manera no remunerada, es importante destacar la falta de programas

de capacitación para estos cuidadores. En Chile, el Ministerio de Salud incluye la capacitación a los cuidadores familiares como parte de su programa de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia de cuidados grave; además, existen iniciativas públicas que incentivan la participación de los cuidadores familiares en grupos de apoyo y talleres psicoeducativos (55). Sin embargo, más allá de esto, y de la existencia de algunos manuales de buenas prácticas para estos cuidadores (por ejemplo, en Argentina) (62), se constata una carencia de políticas de apoyo al cuidador familiar en la mayor parte de los países de la subregión.

Invertir en capacitación es una estrategia fundamental para el desarrollo de los sistemas de cuidados de América Latina y el Caribe, que, además, genera efectos indirectos positivos. Tal como se mencionó en el subapartado sobre el efecto en la sociedad y las oportunidades económicas para el sector de cuidados, el ámbito de los cuidados de las personas mayores tiene un gran potencial de desarrollo y puede ser un importante dinamizador del mercado laboral, en particular para las mujeres, dada su elevada feminización. Por un lado, puede crear oportunidades de trabajo de calidad en el propio sector; por otro, la existencia de servicios de cuidados asequibles y de calidad permite una mayor inserción laboral femenina, al liberar tiempo de los cuidadores (5).

La formalización y la formación de los cuidadores constituyen no solo una medida clave para redistribuir la carga del cuidado en las familias, sino también para garantizar que las mujeres que brindan cuidados dispongan de protección social y reciban salarios justos.

El papel del sector privado

La provisión de servicios en el sector privado (que incluye a los subsectores con fines de lucro y sin fines de lucro) es muy heterogénea en la subregión, tanto en lo que respecta a su nivel de desarrollo como a sus precios y a la calidad de los servicios ofrecidos. El panorama general es el de un sector que carece de regulación (véase el subapartado sobre el aseguramiento de la calidad de los servicios), y en el cual solo las personas de nivel socioeconómico mediano y alto pueden acceder a servicios de calidad.

En la mayoría de los países de la subregión, casi todos los establecimientos de larga estancia pertenecen al sector privado. En Uruguay, según datos del 2015 publicados por el Sistema de Información Sobre Vejez y Envejecimiento del Instituto Nacional de las Personas Mayores, el 82% de los establecimientos de larga estancia registrados

en todo el país son privados con fines de lucro, a lo que se suma un porcentaje menor de establecimientos privados sin fines de lucro (3). En el estado de Minas Gerais (Brasil), el 85% de las residencias son organizaciones privadas sin fines de lucro y el 10,4% son empresas privadas con fines de lucro (66); en México, solo el 8% de las residencias son públicas (22). El costo de la estancia en estas residencias varía en función de la calidad de la atención, las instalaciones y la gama de servicios que ofrecen, pero en general es elevado. Datos del 2015 para Uruguay muestran que el valor promedio de una pensión contributiva (600 dólares de Estados Unidos) no alcanzaría para cubrir el costo mensual de un establecimiento que cumpla con los requisitos de calidad básicos (800 dólares de Estados Unidos) (3). En el mismo sentido, una investigación realizada en México concluye que menos del 9% de la población de 50 años o más tiene la capacidad económica para pagar una institución de alojamiento temporal de alta calidad (22).

También en el sector privado se observa un creciente interés por los servicios de cuidado domiciliarios (6) y se prevé un crecimiento significativo de este mercado en el mediano plazo. Así, en varios países de la subregión existen empresas que ofrecen servicios de acompañamiento, cuidados, enfermería y hasta de ayuda con las tareas del hogar a las personas mayores. El precio varía en función de los servicios que se contraten.

Asimismo, el sector privado en la subregión está comenzando a crear servicios de cuidado gracias al desarrollo tecnológico. Además de las empresas de teleasistencia impulsadas por el Sistema Integrado de Cuidados en Uruguay y financiadas por el sector público, existen iniciativas locales en otros países, como en el municipio de Tigre en Argentina y el departamento de Antioquia en Colombia (78).

El desarrollo de oportunidades de negocio promovidas desde el sector privado forma parte de la economía plateada, la cual presenta un potencial de crecimiento importante en los próximos años (véase el subapartado sobre el efecto en la sociedad y las oportunidades económicas en el sector de cuidados). El papel del sector público en el impulso de esta parte de la economía mediante acuerdos de financiamiento o subsidios a la población beneficiaria es fundamental, sobre todo teniendo en cuenta el costo de los servicios y el escaso papel que podrían llegar a desempeñar los seguros privados en este mercado. En este sentido, la incertidumbre implícita en un seguro de este tipo (probabilidad de que se produzca el siniestro, duración de la cobertura y costos asociados) determina que el modelo tradicional de seguro privado no funcione en el caso de los cuidados a largo plazo (79). A pesar de ello,

en algunos países desarrollados (como los Estados Unidos de América o Francia), los seguros privados complementan la provisión del sector público de la cobertura del riesgo de dependencia; sin embargo, este no es el caso de la subregión, al menos hasta el momento.

Como consecuencia de la falta de cobertura ofrecida por el sector público, las pocas opciones privadas de calidad a precios accesibles y la contracción de las familias como proveedoras de cuidados no remunerados, un alto porcentaje de personas mayores en situación de dependencia de cuidados no reciben el apoyo que necesitan.

El papel del cuidado familiar

En casi todos los países del mundo, la mayor parte de la atención y el apoyo a largo plazo para las personas mayores con una capacidad funcional reducida se proporciona a través de la atención no remunerada por parte de las familias, con muy poco apoyo práctico o financiero de parte del Estado (3, 4).

En Costa Rica, aproximadamente el 6% de la población ayuda con frecuencia a un familiar o un amigo a completar una actividad básica o instrumental de la vida diaria. En la mayoría de los casos, la persona que brinda el cuidado es el hijo o la hija (43%) o el cónyuge (32%) de la persona que necesita el cuidado (54). La presencia de cuidadores remunerados es relativamente frecuente solo en las zonas urbanas y en los estratos socioeconómicos medianos y altos. Sin embargo, la mayoría de quienes prestan este servicio lo hacen de manera informal y sin regulación, y suelen ser trabajadores del cuidado sin formación ni experiencia (48).

En Argentina, el 77% de las personas mayores de 60 años que necesitan atención recibe la ayuda de un familiar, y solo el 16% recibe ayuda de un trabajador del cuidado (3,4%), trabajador doméstico o cuidador no capacitado (12,2%) (62). En Uruguay, el 82% de las personas que necesitan atención y apoyo son atendidas por cuidadores no remunerados: el 58,9%, por un familiar que vive en el mismo hogar; el 16,8%, por un familiar que vive en otro lugar; y el 6,3%, por alguien ajeno a la familia. En Brasil, del total de personas de 50 años o más que tienen dificultad para realizar al menos una ABVD, el 35,1% recibe ayuda y apoyo de otros, casi siempre de familiares (94,1%), de los cuales el 72,1% son mujeres. Solo el 9,2% de los cuidadores, familiares o no, reciben un pago por la realización de estas tareas (4).

La población de cuidadores familiares, así como de trabajadores del cuidado, sigue siendo abrumadoramente femenina. Además, en la Región de las Américas, las mujeres todavía dedican alrededor del 64% del total de horas trabajadas a actividades de cuidado no remunerado, en comparación con el 37% en el caso de los hombres (74). Si bien los datos anteriores incluyen también el cuidado de niños, niñas y personas con discapacidad, es de suponer que a medida que la población continúe envejeciendo, el peso del cuidado de las personas mayores también aumentará. En México, por ejemplo, las mujeres son responsables del 71% de las horas de cuidados dedicadas a las personas mayores de 60 años (22).

Prioridades y recomendaciones

En general, las necesidades de atención de las personas mayores en situación de dependencia de cuidados deberían satisfacerse mediante la interrelación de actores públicos y privados, donde participen el Estado, la familia, el mercado y las comunidades. En los apartados anteriores se destaca que la ausencia de sistemas nacionales e integrados de cuidados en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe da lugar a una prestación de servicios fragmentada e insuficiente, donde no existe una visión holística que integre el papel de cada uno de estos actores. La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la falta de acceso a servicios de cuidados de calidad por parte de las familias; en particular, pero no exclusivamente, aquellas pertenecientes a estratos socioeconómicos vulnerables.

Se pone así de relieve la necesidad que tienen los países de la subregión de priorizar la provisión de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia y sus cuidadores en la agenda pública. Para ello, es necesario tomar algunas decisiones fundamentales, que se analizan a continuación.

Establecer sistemas de cuidados a largo plazo

Establecer sistemas de atención a largo plazo a nivel nacional es clave para proteger y promover los derechos, la dignidad y el bienestar de las personas mayores en situación de dependencia de cuidados y de sus cuidadores. Esto puede llevarse a cabo de manera gradual; por ejemplo, mediante la restricción de la cobertura a determinadas poblaciones para expandirla posteriormente de manera paulatina, o por medio de la identificación de los servicios ya existentes para ampliarlos antes de crear otros nuevos y evitar así posibles duplicaciones y un uso ineficiente de los recursos.

Medellín et al. (54) detectan cuatro elementos que deben tenerse en cuenta para diseñar un sistema de cuidados: 1) la definición de la población destinataria y los criterios de elegibilidad, 2) la definición de los servicios que se van a prestar y la modalidad de provisión, 3) la determinación de la forma de financiamiento de los servicios y 4) el diseño de mecanismos para asegurar la calidad de los servicios.

Para definir la población destinataria, lo primero es detectar a las personas en situación de dependencia de cuidados, a fin de establecer a continuación los criterios de elegibilidad y prioridades del sistema, en función de los objetivos políticos y de los recursos disponibles, siempre intentando asegurar la equidad en el acceso a los servicios. En este proceso, es importante tener en cuenta que, a pesar de su relevancia, la edad no es el único factor que determina la situación de dependencia de cuidados, por lo que tendría más sentido que el acceso a los servicios se realizase priorizando el grado de dependencia de la persona, en vez de su edad (5).

En segundo lugar, para identificar los servicios que se van a ofrecer es importante conocer los existentes y detectar las carencias, con el fin de decidir si se expanden los servicios actuales, se crean otros nuevos o ambas cosas. Al considerar el abanico de servicios que pueden ofrecerse, es importante concebirlos dentro de un continuo que abarque no solo los servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia de cuidados propiamente dichos, sino también la prevención, la promoción, la protección y los servicios de rehabilitación, así como los cuidados paliativos y al final de la vida y los servicios de apoyo a los cuidadores. La provisión de servicios integrados y centrados en la persona (es decir, que tengan en cuenta las necesidades específicas de la persona en situación de dependencia y de sus cuidadores) es primordial para diseñar el paquete de beneficios.

En tercer lugar, a fin de garantizar la continuidad del sistema resulta fundamental poner en marcha mecanismos de financiamiento sostenible (por ejemplo, un seguro social obligatorio, impuestos y copagos) y determinar la contribución de los actores públicos y privados en el plan de financiamiento. En promedio, para 17 países de la subregión, un sistema de atención a la dependencia que cubra al 50% de la población mayor dependiente podría suponer un costo equivalente al 0,48% del PIB, en una escala que va desde un 0,21% en Paraguay hasta un 1,02% en el Estado Plurinacional de Bolivia (80). Cada país deberá evaluar cuál es la combinación de fuentes de financiamiento viable según el contexto. Es importante tratar de reducir los gastos de bolsillo (en particular, de la población en situación de mayor vulnerabilidad), para

asegurar que todas las personas que necesitan cuidados a largo plazo puedan tener acceso a ellos, independientemente de su capacidad de pago y sin causar dificultades económicas a las personas en situación de dependencia y sus familias. Con este mismo objetivo, es importante que el plan de financiamiento tenga en cuenta la estrategia para la expansión gradual del sistema, en caso de ser necesario.

Por último, como ya se mencionó, el aseguramiento de la calidad de los servicios es un aspecto crucial en el diseño de la política. Para ello es necesario no solo establecer estándares para la prestación de los servicios, sino también mecanismos de supervisión y rendición de cuentas.

La determinación, capacitación y certificación de la fuerza laboral formal e informal de cuidados a largo plazo remunerados es otro aspecto fundamental para asegurar la calidad de los servicios que se prestan. A fin de transformarla en una actividad más atractiva, es importante garantizar la protección social y los derechos del personal del cuidado, aplicar medidas para reducir la rotación de trabajadores del cuidado, y valorizarlos.

Todo lo anterior debería estar acompañado de una institucionalización robusta, con mecanismos de gobernanza sólidos, en donde se defina una agencia estatal como punto focal responsable de la formulación de políticas, legislación, objetivos y estrategias de atención a largo plazo. Este punto focal debería involucrar a todos los ministerios o secretarías con competencias en la materia (entre ellos, los vinculados con la salud, el desarrollo social, las personas mayores, las mujeres y las personas con discapacidad, entre otros), de manera que se garantice la coordinación entre ellos, y determinar el papel y las responsabilidades de cada uno de los actores.

La recopilación y el uso regular de información también son componentes fundamentales, tanto para asegurar una prestación equitativa de los servicios como para promover la calidad. Por ello, es importante invertir en un sistema de información y seguimiento integrado y bien coordinado que involucre tanto a los servicios de atención social como a los de salud, e incluya datos de la persona mayor y de sus cuidadores (remunerados y no remunerados).

Como parte del sistema de generación de información, una buena estrategia sería la de garantizar la inversión en investigación e innovación en el ámbito de los cuidados a largo plazo. En particular, disponer de un plan de financiamiento específico para satisfacer las necesidades

nacionales y locales, involucrar a todas las partes interesadas y a los usuarios de servicios en la detección de lagunas de conocimiento, y establecer mecanismos para apoyar la ejecución de programas innovadores.

Reconocer, reducir y redistribuir la carga de cuidados no remunerados para cerrar las brechas de género

En línea con el Compromiso de Santiago, firmado por los Estados miembros de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe participantes en la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe en enero del 2020 (81), es urgente que los países reconozcan que la carga de los cuidados recae principalmente en las mujeres; redistribuyan las tareas de cuidado entre hombres y mujeres, y entre familias y sistemas; y reduzcan la carga que soportan las mujeres, quienes se han visto aún más afectadas durante la pandemia de COVID-19 (82).

El primer paso para reconocer el trabajo que realizan los cuidadores no remunerados es visibilizarlo. En este sentido, se podría, por ejemplo, asegurar que los elementos relacionados con estas tareas (tiempo, circunstancias, costos de atención, bienestar) se incluyan en las encuestas de población y en las evaluaciones de los servicios. Algunos países de América Latina y el Caribe han realizado avances en este sentido mediante el cálculo del aporte que suponen las tareas no remuneradas para el PIB. Las estimaciones para la subregión ubican este aporte entre el 15 y el 25%, y sitúan a las mujeres como responsables del 70% de dicha contribución (83). Si bien estas estimaciones no se refieren exclusivamente al cuidado de personas mayores, es de esperar que, como resultado de los cambios demográficos en curso, este componente tome cada vez mayor relevancia.

Tal reconocimiento ha generado que ciertos países busquen la forma de retribuir, de alguna manera, el trabajo realizado. Dinamarca, Noruega y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, por ejemplo, prevén (bajo ciertas condiciones) un pago a los cuidadores no remunerados a modo de compensación por los posibles ingresos perdidos o los gastos extraordinarios asociados al cuidado de una persona en situación de dependencia. Además del pago, en algunos países (como Alemania, España, Finlandia y Reino Unido), el Estado se hace cargo de las contribuciones a la seguridad social de estos cuidadores (6). Como se mencionó con anterioridad, tales medidas son controversiales, ya que se argumenta que podrían tener un efecto contrario al buscado, al reforzar los roles de género existentes.

La visibilización debe ir acompañada de otras medidas que ayuden a redistribuir las responsabilidades del cuidado (entre hombres y mujeres, y entre familias y sistemas) y a reducir la carga del cuidado que recae sobre las familias, especialmente las mujeres. Para ello, los gobiernos pueden asumir la responsabilidad general de brindar cuidados y apoyo a largo plazo a las personas mayores que lo necesitan, redistribuir el cuidado en el hogar entre hombres y mujeres (corresponsabilidad del cuidado), aplicar arreglos laborales flexibles para necesidades de cuidados y licencias retribuidas por cuidados, y brindar apoyo a domicilio para cuidadores no remunerados (por ejemplo, servicios de respiro como en Chile o asistentes personales como en Uruguay).

También hay programas enfocados a cambiar las percepciones sociales sobre el cuidado y a promover “masculinidades solidarias” (como el programa Manzanas del Cuidado en Bogotá [Colombia]). Estas últimas iniciativas pueden contribuir a cambiar la percepción de la profesión del cuidado e incentivar la participación masculina en esta profesión. Un programa de capacitación sobre normas de género y corresponsabilidad puesto en marcha por una cadena de supermercados en Honduras ha dado como resultado una mayor productividad y eficiencia, así como la reducción del absentismo laboral entre las mujeres (84).

La pandemia de COVID-19 ha agudizado los efectos del cuidado no remunerado en las familias, sobre todo en las mujeres, y ha aumentado la necesidad de contar con programas de protección que se dirijan a los hogares encabezados por mujeres, a las trabajadoras informales y domésticas que carecen de protección social, y a las mujeres desempleadas (85).

Reforzar la integración sociosanitaria

En un nivel macro, la falta de coordinación e integración entre los servicios sociales y de salud y la atención a largo plazo hace que la responsabilidad del bienestar general y la capacidad funcional de las personas mayores no recaiga en ninguno de estos sectores. El establecimiento de un punto focal de atención a largo plazo (véase el apartado sobre el establecimiento de sistemas de cuidados a largo plazo), con funciones y responsabilidades definidas, y de medidas de rendición de cuentas para los diversos actores podrían ayudar a asegurar que se verifique, se controle y se mejore la calidad de la atención brindada de manera continua.

La mayor parte de la evidencia disponible en todo el mundo muestra que los sistemas de salud y de cuidados, tal como se estructuran hoy en día, se centran principalmente en la gestión de problemas de salud graves y están menos preparados para gestionar las necesidades crónicas y funcionales que suelen afectar a las personas mayores (86, 87). Los servicios de atención médica y la capacitación de la fuerza laboral aún se centran en curar o tratar enfermedades y están menos preparados para brindar atención a las personas mayores que viven con afecciones crónicas sociales y de salud, y para aplicar medidas a través de las cuales se pueda preservar su capacidad funcional y bienestar, a pesar de sus problemas de salud (59).

Cada persona mayor es única y tiene su propia capacidad intrínseca, lo que exige de los sistemas de atención a largo plazo una visión centrada en la persona, en lugar de una visión centrada en la enfermedad o el servicio, para satisfacer las necesidades individuales de las personas mayores. Es fundamental que los servicios de atención domiciliaria y residencial adopten este enfoque, y que involucren y empoderen a las personas mayores para que estas tomen decisiones clave sobre su propio cuidado (1).

Invertir en la economía del cuidado

La economía del cuidado puede brindar una gran oportunidad para el crecimiento económico (57). A nivel mundial, duplicar la inversión actual en la economía del cuidado podría generar un total de 475 000 000 puestos de trabajo para el 2030, lo que significa la creación de 269 000 000 puestos de trabajo en todo el mundo (74). Además de mejorar la asistencia y crear empleo, la inversión en la economía del cuidado podría llevar a que el sector se vuelva atractivo para los profesionales de la salud y la asistencia social, lo que reduciría las tasas de rotación de la mano de obra de la asistencia a largo plazo, que actualmente son elevadas (74).

Invertir en la economía del cuidado también constituye un medida importante durante y después de la pandemia de COVID-19 para ayudar a mitigar los efectos negativos que la pandemia tuvo en las mujeres que brindan cuidados y en quienes los reciben (85).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable. Ginebra:OMS; 2020 [consultado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
3. Aranco N, Sorio R. Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-uruguay>.
4. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. Rev Saude Publica. 2018;28;52(S2). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gRk7NZf9hhJpXBMjL8KQczG/?format=html>.
5. Cafagna G, Aranco N, Ibararán P, Medellín N, Oliveri ML, Stampini M. Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>.
6. Aranco N, Ibararán P. Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/servicios-de-apoyo-personal-para-personas-con-dependencia-funcional-antecedentes-caracteristicas-y>.
7. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/8757>.
8. Chioda L. Work and family: Latin American and Caribbean women in search of a new balance. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2016. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/23748?locale-attribute=es>.
9. Organización Mundial de la Salud. Decade of healthy ageing: baseline report. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>.
10. Organización Mundial de la Salud. Integrated continuum of long-term care: providing long-term care for older people. Ginebra: OMS; 2022 [fecha de consulta: agosto de 2021]. Disponible en:

<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-continuum-of-long-term-care>.

11. Universal Health Coverage 2030. UHC2030 Partner Insight written by Camilla Williamson, HelpAge International. Universal Health Coverage fit for an Ageing World; 2019 [fecha de consulta: agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-news/partner-insights/universal-health-coverage-fit-for-an-ageing-world-555311/>.
12. Kirch W. Functional ability. En: Kirch W, editor. Encyclopedia of Public Health. Dordrecht: Springer Netherlands; 2008:466. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4020-5614-7_1209.
13. Oliveira D, León-Moncada S, Terra F. El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: prácticas, avances y direcciones futuras. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-2476). Disponible en: <https://publications.iadb.org/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>.
14. Medellín N, Ibararán P, Matus-Lopez M, Stampini M. Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. (Nota técnica n.º IDB-TN-1438). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cuatro-elementos-para-dise%C3%B1ar-un-sistema-de-cuidados.pdf>.
15. Aranco N, Ibararán P, Stampini M. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-2470). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Prevalencia-de-la-dependencia-funcional-entre-las-personas-mayores-en-26-paises-de-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>.
16. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. Ginebra: OMS; 2018 [fecha de consulta: agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
17. Stampini M, Oliveri ML, Ibararán P, Londoño D, Rhee HJ (Sean), James GM. ¿Trabajar menos para cuidar de los padres?: los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/trabajar-menos-para-cuidar-de-los-padres-los-efectos-laborales-de-la-atencion-la-dependencia-en-el>.
18. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomsone S, Krejcar O, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: a scoping review. BMC Public Health. 2019;19(1):1431. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.
19. González-González CA, Stampini M, Cafagna G, Hernández Ruiz MC, Ibararán P. Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México.

- Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/simulaciones-del-coste-de-un-sistema-de-apoyo-para-los-adultos-mayores-en-situacion-de-dependencia>.
20. Umpierrez Vieira MC, Dias DF, Bortoletto MSS, Silva AMR, Cabrera MAS. Predictores de dependência funcional em pessoas de 50 anos ou mais: estudo de seguimento de 4 anos. *Geriatr, Gerontol Aging*. 2019;13(3):157-166. Disponible en: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v13n3a06.pdf>.
21. Institute for Health Metrics and Evaluation. GDB Results; 2019 [fecha de consulta: agosto de 2021]. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
22. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>.
23. Terroso M, Rosa N, Torres Marques A, Simoes R. Physical consequences of falls in the elderly: a literature review from 1995 to 2010. *Eur Rev Aging Phys Act*. 2014;11(1):51-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11556-013-0134-8>.
24. Manrique-Espinoza B, Moreno-Tamayo K. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Publica Mexico*. 2011;53(1):26-33. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/262475022>
Prevalencia de dependencia funcional y su asociacion con caidas en una muestra de adultos mayores pobres en Mexico.
25. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ*. 2019;281:l251. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.l251>.
26. Marmot M, Bell R. The sustainable development goals and health equity. *Epidemiology*. 2018;29(1):5-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000773>.
27. Blas E, Sivasankara Kurup A, Organización Mundial de la Salud. Equity, social determinants and public health programmes. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289?locale-attribute=es&>.
28. Allen LN, Feigl AB. What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e129-130. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30001-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30001-3).
29. Mukadam N, Sommerlad A, Huntley J, Livingston G. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional

- survey data. *Lancet Glob Health*. 2019;7(5):e596-e603. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30074-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30074-9).
30. Oliveira D, Jun Otuyama L, Mabunda D, Mandlate F, Gonçalves-Pereira M, Xavier M, et al. Reducing the number of people with dementia through primary prevention in Mozambique, Brazil, and Portugal: an analysis of population-based data. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(s1):S283-S291. Disponible en: <https://doi.org/10.3233/JAD-180636>.
31. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health*. 2015;15(1):776. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2008-7>.
32. Firmino Rabelo D, Liberalesso Neri A. The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18:507-519. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403842640005.pdf>.
33. Fiorillo D, Sabatini F. Quality and quantity: the role of social interactions in self-reported individual health. *Soc Sci Med*. 2011;73(11):1644-1652. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.09.007>.
34. Russell D. Living arrangements, social integration, and loneliness in later life: the case of physical disability. *J Health Social Behav*. 2009;50(4):460-475. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20099451/>.
35. Henning-Smith C. Quality of life and psychological distress among older adults: the role of living arrangements. *J Appl Gerontol*. 2016;35(1):39-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0733464814530805>.
36. Giraldo Marín IC, López Palacio GJ. Factores predictivos de la dependencia funcional de la persona adulta mayor. Encuesta SABE Colombia, 2015. Universidad CES. Bogotá; 2018. Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4222>.
37. Doubova (Dubova) SV, Pérez-Cuevas R, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S. Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*. 2010;10(1):104. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-104>.
38. Oliveira DC de, Neri AL, D'Elboux MJ. Variables related to the anticipated support for care in community-dwelling older adults. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3):742-749. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300013>.
39. Cano-Gutiérrez C, Borda MG, Reyes-Ortiz C, Arciniegas AJ, Samper-Ternent R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica*. 2017;37:57-65. Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>.
40. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados

con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica. 2007;22:1-11. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7853>.

41. Bango J. Cuidados en América Latina en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. Santiago de Chile: ONU-Mujeres, CEPAL; 2020. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45916/190829es.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
42. Espino A, de los Santos D, Salvador S. DR14. Impacto de la pandemia en el empleo y los cuidados desde una perspectiva de género en Uruguay. Montevideo: Red de Investigación en Ciencias Sociales para Enfrentar las Secuelas de la Pandemia; 2021. Disponible en: <https://ciedur.org.uy/publicaciones/dr14-impacto-de-la-pandemia-en-el-empleo-y-los-cuidados-desde-una-perspectiva-de-genero-en-uruguay/>.
43. Valle AH. Bienestar, familia y problemas de cuidados en América Latina. Emancipação. 2014;13(3):27-45. Disponible en: <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.13iEspecial.0002>.
44. Ministerio de Salud y Protección Social. SABE Colombia: Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Bogotá: Colciencias; 2016. Disponible en: https://issuu.com/monsafe/docs/sabe_colombia_-_situacion_de_person.
45. Guerchet MM, Guerra M, Huang Y, Lloyd-Sherlock P, Sosa AL, Uwakwe R, et al. A cohort study of the effects of older adult care dependence upon household economic functioning, in Peru, Mexico and China. PLoS ONE. 2018;13(4):e0195567. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195567>.
46. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Torres Mussot I, Montañez-Hernández JC. Out-of-pocket healthcare expenditures in dependent older adults: results from an economic evaluation study in Mexico. Front Public Health. 2020;8:329. Disponible em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00329>.
47. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):829-838. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/273738545_ESTUDOS_NACIONAIS_SOBRE_CUIDADORES_FAMILIARES_DE_IDOSOS_REVISAO_INTEGRATIVA_DA_LITERATURA.
48. Prince M, Brodaty H, Uwakwe R, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, et al. Strain and its correlates among carers of people with dementia in low income and middle income countries. A 10/66 Dementia Research Group population based survey. Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27(7):670-682. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.2727>.
49. Gao C, Chapagain NY, Scullin MK. Sleep duration and sleep quality in caregivers of patients

- with dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e199891. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9891>.
50. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9):23-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>.
51. Coe NB, Van Houtven CH. Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent. *Health Econ*. 2009;18(9):991-1010. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hec.1512>.
52. Camargos EF, Souza AB, Nascimento AS, Morais-e-Silva AC, Quintas JL, Louzada LL, et al. Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of caregiver burden? *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2012;70(3):169-174. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Vn37SrQ4bK6WVWJHCYc5Wzf/?lang=en&format=pdf>.
53. Mikkola TM, Kautiainen H, Mänty M, von Bonsdorff MB, Koponen H, Kröger T, et al. Use of antidepressants among Finnish family caregivers: a nationwide register-based study. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:2209-2216. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-021-02049-1>.
54. Medellín N. Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia: resumen Costa Rica. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-panorama-costa-rica>.
55. Molina H, Sarmiento L, Aranco N, Jara P. Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/node/28903>.
56. Jiménez C, Requejo J, Foces M, Okumura M, Stampini M, Castillo A. Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/economia-plateada-mapeo-de-actores-y-tendencias-en-america-latina-y-el-caribe>.
57. Okumura M, Stampini M, Buenadicha C, Castillo A, Vivanco F, Sánchez MA, et al. La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/node/28670>.
58. Kim H. Overview of Korean long-term care insurance. Seúl: Ministerio de Salud y Bienestar; 2019. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1178471419-10>.
59. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Envejecer-en-America-Latina-y-el-Caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores.pdf>.

60. Aguirre R, Ferrari F. La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36721-la-construccion-sistema-cuidados-uruguay-busca-consensos-proteccion-social-mas>.
61. Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social de Costa Rica. Política Nacional de Cuidados 2021-2031: hacia la implementación progresiva de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia. San José de Costa Rica: MDHIS; 2021. Disponible en: https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf.
62. Oliveri ML. Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/node/29416>.
63. Ministerio de Salud del Brasil. Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaPS): versão profissionais de saúde e gestores. Brasília: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ1MQ==>.
64. Secretaría Especial de Desarrollo Social. Ministerio de Ciudadanía del Brasil. Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas. Brasília: Ministerio de Ciudadanía; 2015 [fecha de consulta: agosto de 2021]. Disponible en: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento/servico-de-acolhimento-para-pessoas-idosas>.
65. Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre del Brasil. Proteção Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas. Brasília: Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre; 2018 [fecha de consulta: agosto de 2021] Disponible en: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/servico-de-protecao-social-especial-para-pessoas-com-deficiencia-idosas-e-suas-familias>.
66. Accioly M. Panorama das ILPI no Brasil. Brasília: Câmara Legislativa; 2020. Disponible en: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidoso/apresentacoes-em-eventos/apresentacoes-de-convidados-em-audiencias-publicas-2021/audiencia-publica-sobre-fortalecimento-das-instituicoes-de-longa-permanencia-de-idosos-21-6-21/apresentacao-ap-21-6-21-sra-marisa-accioly-usp/view>.
67. Medellín N, Jara Maleš P, Matus Lopez M. Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-costa-rica>.
68. Forttes Valdivia P. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>.

69. Redondo N. Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0003583>.
70. Flórez CE, Martínez L, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es.pdf.
71. Ashby-Mitchell K, Donaldson-Davies K, McKoy-Davis J, Willie-Tyndale D, Eldemire-Shearer D. Aging and long term care in Jamaica. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. (Nota técnica n.º IDB-TN-2455). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/viewer/Aging-and-Long-Term-Care-in-Jamaica.pdf>.
72. Matus-López M. Long-term care policies in Latin America: a systematic review. Munich: Munich Personal RePEc Archive; 2015. Disponible en: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/105478/>.
73. Comisión de Expertos en Seguridad Social. Diagnóstico del sistema previsional uruguayo: informe de la Comisión de Expertos en Seguridad Social. Montevideo: CESS; 2021. Disponible en: <https://cess.gub.uy/sites/default/files/informes/Informe%20de%20Diagno%CC%81stico%20del%20Sistema%20Previsional%20Uruguayo.pdf>.
74. Organización Internacional del Trabajo. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra: OIT; 2018. Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang--es/index.htm.
75. Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. Ginebra: OIT; 2015. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.
76. Dintrans PV, Oliveira D, Stampini M. Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-02556). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Estimacion-de-las-necesidades-de-recursos-humanos-para-la-atencion-a-las-personas-mayores-con-dependencia-de-cuidados-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>.
77. Gobierno de Argentina. Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios: brindamos información y herramientas orientadas a garantizar y promover el cuidado de las personas mayores. Buenos Aires: Gobierno de Argentina. Fecha desconocida [fecha de consulta: agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/registrocuidadores>.

78. Benedetti F, Acuña J, Terra , Fabiani, B. Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-2475). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Teleasistencia-innovaciones-tecnologicas-para-el-cuidado-de-personas-a-distancia.pdf>.
79. Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. Soc Policy Admin. 2010;44(4):359-374. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x>.
80. Fabiani B, Costa-i-Font J, Aranco N, Stampini M, Ibararán P. Opciones de financiamiento de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. (Nota Técnica IDB-TN-2473). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Opciones-de-financiacion-de-los-servicios-de-atencion-a-la-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>.
81. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Compromiso de Santiago. XIV Conferencia Regional sobre las Mujeres en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2020. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46468/S2000147_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
82. Comisión Interamericana de Mujeres. COVID-19 en la vida de las mujeres: emergencia global de los cuidados. Columbia: OEA; 2020. Disponible en: <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2020/09/CuidadosCOVID19-ES-1.pdf>.
83. Rico MN. Medición del trabajo no remunerado en el contexto de los ODS y la Agenda Regional de Género: desafíos para la implementación de la Agenda 2030. Seminario Objetivos del Desarrollo Sostenible en Paraguay; 24 y 25 de julio de 2017. Asunción. Santiago de Chile: CEPAL; 2017. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/medicion_del_trabajo_no_remunerado_en_el_contexto_de_los_ods_y_la_agenda_regional_de_genero.pdf.
84. Antolin A, Babbitt L, Drusilla B, Djaya D, Toosi N, Voegeli E. Women in factories foundational training Central America endline report. Medford: Tufts University; 2018. Disponible en: <https://sites.tufts.edu/laborlab/files/2016/06/Central-American-Endline-Report-FT-Final-20-August-2018.pdf>.
85. Lardizábal E. The pandemic is a chance to reshape women's roles in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Atlantic Council; 2021 [fecha de consulta: agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/the-pandemic-is-a-chance-to-reshape-womens-roles-in-latin-america-and-the-caribbean/>.
86. Macinko J, Andrade FCD, de Andrade FB, Lima-Costa MF. Universal health coverage: are older adults being left behind? Evidence from aging cohorts in twenty-three countries. Health Aff (Millwood). 2020;39(11):1951-1960. Disponible en <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01570>.
87. Beran D. The impact of health systems on diabetes care in low and lower middle income countries. Curr Diab Rep. 2015;15(4):20. Disponible en: 10.1007/s11892-015-0591-8.

Con el objetivo de perfilar el conocimiento actual disponible sobre la situación de la salud y el envejecimiento de las personas mayores en la Región de las Américas al comienzo de la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, en este informe se brinda información actualizada sobre la situación de los cuidados a largo plazo en la Región. Los datos ofrecen un análisis detallado de la situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe, de la carga y los efectos de la dependencia de cuidados, así como de los sistemas y servicios de cuidados a largo plazo que existen en la actualidad.

El acelerado envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe genera un aumento sustancial de la demanda de servicios de cuidados, al tiempo que se registra una disminución de la oferta de cuidados no remunerados brindados por la familia, que en la actualidad constituye el principal proveedor de atención a la dependencia. Ante tal realidad, este informe detallado permitirá fundamentar el diseño de estrategias encaminadas a formalizar esta dimensión de la atención de salud de las personas, partiendo de la idea de que establecer sistemas nacionales de atención a largo plazo resulta fundamental para proteger y promover los derechos, la dignidad y el bienestar de las personas mayores en situación de dependencia de cuidados y de sus cuidadoras y cuidadores.