



Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina

Thinking about long-term care policies for Latin America

Matus-López, Mauricio¹

¹Doctor en Economía.
Profesor, Departamento
de Economía, Métodos
Cuantitativos e Historia
Económica, Universidad
Pablo de Olavide, España.
mmatlop@upo.es

RESUMEN América Latina envejece. Lo hace muy rápido, en condiciones poco saludables y con bajos niveles de ingreso. En las próximas décadas aumentará vertiginosamente el número de personas mayores que no podrán realizar las actividades de su vida diaria por sí mismas. Este fenómeno ya lo han enfrentado los países ricos en las últimas tres décadas pero, a diferencia de ellos, la región no dispone ni de los recursos ni de los sistemas de protección social de esos países. Pensar y planificar políticas de salud asociadas a este fenómeno debería ser una prioridad de los gobiernos latinoamericanos. En el presente trabajo se define en qué consisten estos cuidados, qué modelos han desarrollado los países ricos y a qué costo. Posteriormente se analiza la situación de América Latina y se propone una serie de discusiones para abordar en el futuro cercano.

PALABRAS CLAVES Políticas Públicas de Salud; Cuidados a Largo Plazo; Envejecimiento de la Población; Financiación de la Atención de la Salud; América Latina.

ABSTRACT Latin America is aging. The process is occurring quickly and in unhealthy conditions with low levels of income. The number of older people who can no longer perform their daily activities will dramatically increase in the coming decades. Developed countries have already been facing this phenomenon over the last three decades, but Latin America has neither the resources nor the social protection systems of these countries. Formulating and planning health policies associated with this phenomenon should be a priority of the governments of Latin America. This paper defines what these care policies are, the models of care rich countries have developed, and the cost of such models. The situation in Latin America is then analyzed and conclusions and a series of discussions to address in the near future are proposed.

KEY WORDS Health Public Policy; Long-Term Care; Demographic Aging; Healthcare Financing; Latin America.

INTRODUCCIÓN

¿Qué son los cuidados de larga duración? ¿Dónde existen? ¿Debe América Latina comenzar a pensar en ello? Estos son algunos de los interrogantes que se intentan responder en este artículo.

En la actualidad, solo una treintena de países cuenta con políticas de cuidados de larga duración (CLD), también conocidos como *long-term care*. Todos estos países son miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) y la mayoría pertenece a la Unión Europea (UE). No obstante, Chile, por ejemplo, es parte de la OECD y no cuenta con estas políticas, y Rumanía es parte de la UE y tampoco cuenta con ellas.

Antes de los años noventa, solo unos cuantos países tenían un sistema formal de cuidados de larga duración. En la mitad de aquella década surgieron casi todos los modelos vigentes en la actualidad, como en Alemania y Francia, y se reformaron los existentes, como en Noruega y Dinamarca. En lo que va de este siglo se han incorporado nuevos modelos, tal es el caso de Portugal y España, y se han vuelto a producir reformas y discusiones parlamentarias en países como EE.UU. y Reino Unido. En los últimos años, más de dos tercios de estos países han reformado aspectos relativos al uso de los servicios y más de la mitad han acometido reformas en la financiación y el costo (1).

Esta dinámica refleja la vigencia del tema y la actualidad de la problemática. Las clasificaciones utilizadas hace poco más de una década, basadas en los Estados de Bienestar, han quedado obsoletas para muchos países. Categorizaban las políticas de cuidados de larga duración de los países nórdicos como modelos *Beveridge*, con amplia cobertura y provisión pública mientras que, en los países mediterráneos, las definían como de “asistencia social”, con escasa cobertura y fuerte gasto privado. En el medio, se ubicaban los modelos *Bismarck*, más cercanos a los nórdicos que a los mediterráneos (2). Hoy esta categorización en compartimentos estancos parece poco apropiada. Además de que ya no son solo los países europeos los que disponen de un modelo formal, los países mediterráneos se diferencian cada vez menos de los continentales y los nórdicos han reformado sus sistemas incorporando provisión y gestión privadas.

Todos los indicadores apuntan a que América Latina se enfrentará en los próximos años al mismo problema de envejecimiento que afrontaron estos países en el pasado. Los estudios regionales están comenzando a tomar forma y, para estos, analizar las experiencias y lecciones de los modelos existentes y sus reformas puede ser de mucha utilidad.

En el presente trabajo se define en qué consisten los cuidados de larga duración y sus servicios, y se realiza una breve descripción de los modelos desde cuatro puntos de vista: la relación con la informalidad, la cobertura de los servicios, los tipos de prestaciones económicas y el costo de cada modelo. Con base en esto se discute si existen modelos cuya evidencia permita identificarlos como más eficientes. Vale decir, modelos con buenos resultados y bajos costos. En una penúltima parte se hace una revisión al estado del arte reciente en América Latina y, en un apartado final, se presentan las conclusiones.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada consta de dos partes: una revisión bibliográfica compuesta por artículos académicos y documentos de organismos internacionales, y otra estadística.

Para la descripción de los actuales modelos vigentes en el mundo, la bibliografía fue seleccionada cumpliendo cuatro criterios: que los artículos estuviesen indizados en las bases de datos PubMed, Web of Science o Scopus, que hayan sido publicados a partir de 2009, que abordaran comparaciones internacionales, y que tuviesen pertinencia con los objetivos del artículo. Para recuperar estos documentos, se utilizaron los siguientes términos: *long-term care*, *health policy*, *international comparison*, *long-term care services*, *institutional care*, *residential care*, *home-based care* y *cash-for-care*. En el caso de América Latina, los resultados fueron escasos, por lo que se amplió la búsqueda hasta 2005 y se amplió la temática a envejecimiento y salud (“aging” and “health” and “Latin América”).

Los informes públicos seleccionados fueron que definían y describían explícitamente los cuidados de larga duración para un conjunto de países

con modelos vigentes, como son los de la OECD y los de la UE, publicados a partir del año 2009. Para América Latina la búsqueda incorporó documentos del Banco Mundial (BM), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). En total se seleccionaron 13 artículos académicos (3-15), todos pertenecientes a alguna de las bases de datos citadas, y 13 publicaciones de organismos internacionales (1,2,16-26). La bibliografía se completó con documentos específicos para definiciones o ejemplos puntuales.

Para la parte estadística se utilizó el *Long-Term Care Resources and Utilisation Dataset* de la *OECD Health Statistics* (27), que proporciona información anual desde 1980 para un total de 45 países y dos tipos de servicios: institucionales y con base domiciliaria (*home-based services*). Los servicios institucionales son aquellos que proveen conjuntamente alojamiento/estancia y cuidados de larga duración, excluyendo los hospitales. Los servicios con base domiciliaria se definen como aquellos que permiten continuar viviendo en los propios hogares, tales como servicios prestados en el propio domicilio y servicios prestados en centros de día. Las fuentes estadísticas no presentan una desagregación de los servicios domiciliarios, como tampoco los documentos de las organizaciones internacionales, lo que produce que gran parte de los artículos que comparan modelos entre países sigan estos mismos criterios.

CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Los cuidados de larga duración se definen como el amplio rango de servicios y asistencia para las personas que se encuentran en situación de dependencia (16). Se reconoce que existe un problema de autonomía o una situación de dependencia cuando una persona encuentra limitada su capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) –como alimentarse, bañarse o vestirse– de forma permanente o por un largo periodo de tiempo (28,17). En concreto, los servicios de cuidados de larga duración pueden agruparse en seis tipos.

En primer lugar, el servicio más tradicional es la atención residencial o servicios residenciales de

larga duración, similar al que ofrecen los centros geriátricos de algunos países. Son establecimientos que proveen cuidado y apoyo funcional las 24 horas del día para personas dependientes que tienen necesidades complejas de salud (3). La OECD las define como instalaciones con servicios de enfermería y residenciales, que ofrecen alojamiento y cuidados de larga duración en un mismo paquete (17). A diferencia de la atención domiciliaria, el servicio se presta en un centro distinto al del hogar de la persona dependiente. Normalmente, estas personas presentan necesidades de salud más complejas y mayor vulnerabilidad, aunque no es así en todos los casos y países.

En segundo lugar, la atención en el domicilio consta de visitas de personal cualificado en salud y atención social con el objetivo de ayudar a los beneficiarios a desarrollar las actividades básicas de la vida diaria así como llevar un seguimiento de su estado de salud física, mental y psicológica. La duración de la visita, su frecuencia y el nivel de cualificación del personal están determinados por el grado de severidad de la persona dependiente.

Un tercer tipo de servicio son los centros de día que, junto a la atención en el domicilio, constituyen los servicios con base domiciliaria (*home-based services*). Se definen así porque permiten que la persona dependiente continúe viviendo en su hogar (17). Son establecimientos sin alojamiento que cuentan mayoritariamente con personal de trabajo social, pero también médico, lo que implica una perspectiva multidisciplinar en la atención. Están diseñados para personas dependientes que residen en sus domicilios y que, normalmente, están sin compañía durante el día por motivos laborales de sus familiares. Sus características promueven la recuperación, promoción y desarrollo de las capacidades de las personas dependientes.

El cuarto tipo, no es un servicio propiamente dicho, pero se traduce en uno de ellos: son las prestaciones económicas para cuidados. Consisten en transferencias monetarias realizadas a las personas dependientes o a sus familias para que satisfagan las necesidades de cuidados de manera directa (cuidados por un familiar) o a través de la contratación de servicios externos (18). Cuando existe un control sobre la contratación de servicios formales se suele hablar de *asistencia personal*, para diferenciarla de la atención en el domicilio (4).

Un quinto tipo está compuesto por servicios prestados con apoyo telemático. Consisten en centros destinados a mantener contacto con las personas dependientes en sus hogares a través de un aparato que les permite conexión continua a través de vía telefónica o Internet. Las tareas básicas del personal son: realizar un seguimiento del correcto cumplimiento del horario de la medicación, identificar riesgos de un evento de salud y, en algunos casos, realizar un acompañamiento informal y de sociabilidad.

Por último, se encuentran los programas de prevención y promoción de autonomía, que algunas veces son considerados como parte de estas políticas. No obstante, dada la amplitud de estas acciones en el marco de la salud pública, es difícil clasificarlas únicamente como cuidados de larga duración.

Respecto de estos seis tipos de servicios, existe cierto consenso en considerar los cuatro primeros como comunes a todas o casi todas las políticas de cuidados de larga duración. La mayor parte de los países registran cierta información sobre la cobertura, la fuerza de trabajo formal y los servicios residenciales y servicios con base domiciliaria. No obstante, esta información es heterogénea y su disponibilidad varía de país en país. De ahí que la información estadística que se utiliza en los siguientes apartados no mantenga constante los países en estudio. En cada análisis se aborda el mayor número de países posibles con la información estadística y académica disponible. Alemania, Corea, Dinamarca, España, EE.UU., Francia, Japón y Suecia presentan indicadores en todos los aspectos estudiados.

De la informalidad a la formalidad y viceversa

En ausencia de políticas públicas de cuidados de larga duración, la carga de trabajo la asumen las familias, el mercado y las organizaciones sin ánimo de lucro (29). Algunas de las relaciones que se tejen entre estos sectores son de carácter formal, pero la mayoría son de tipo informal. Como en un *iceberg*, lo que asoma a la superficie es solo una pequeña porción del total (1). Aún en los países con modelos establecidos, los cuidados en el entorno informal representan entre un 70% y 90% de toda la carga de trabajo de cuidados de larga duración (19).

Por este motivo, una de las primeras distinciones entre los modelos es cómo se relacionan con la informalidad. Los estudios señalan que el porcentaje de personas que reconoce cuidar informalmente a un dependiente es un 50% mayor, en países como Italia o España, que en otros, como Suecia o Dinamarca (30). Un resultado similar se obtiene al calcular el número de trabajadores formales en cuidados de larga duración por cada mil habitantes (Figura 1). Entre aquellos con mayor formalidad destacan los países escandinavos, a los que se unen Holanda y EE.UU., todos con valores mayores a 14 trabajadores (por cada mil habitantes). En el otro extremo, se presentan siete países con valores por debajo de cinco. Entre estos se encuentran modelos recientes y de baja cobertura como son los de Portugal, Eslovaquia, Corea y República Checa, pero también Francia. En este caso en particular hay que señalar que el último dato disponible corresponde a 2003 y que no se contabilizan los beneficiarios de prestaciones económicas, que podrían haber alcanzado al total del 10,7% de personas de 65 y más años (5); lo cual es discutible en el caso francés, ya que existe un control para asegurar que gran parte se transforme en contratación formal, lo que no ocurre en otros casos como el italiano y el español, en los que existe libertad de gasto y no se registra el volumen de contratación.

La relación entre la formalidad y la informalidad no es una cuestión de blancos y negros. Cuando se analizan las relaciones laborales en los cuidados de larga duración, se encuentra un gradiente de formalidad. Es lo que se conoce como *mercados grises* de trabajo (6). En un extremo de este continuo se ubica el modelo sueco, que descansa sobre servicios de atención formales, con contratación formal y mano de obra cualificada. En el otro, podrían situarse los países con sistemas poco o nada desarrollados como algunos de Europa del Este, en los que las familias cuidan gratuitamente de las personas mayores. En medio surgen modelos formales de en cuidados de larga duración como el Italiano que, a través de sus beneficios, propician mercados de trabajo poco regulados, normalmente poco cualificados y con una importante presencia de mano de obra inmigrante. Alemania también se acerca a este modelo, pero al limitar el tamaño de este mercado gris, aumenta la participación de trabajo nacional.

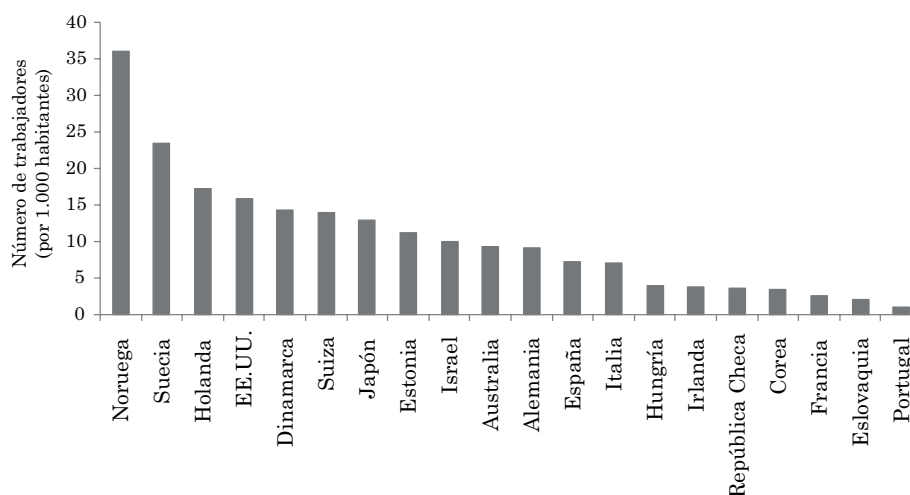


Figura 1. Trabajadores formales en cuidados de larga duración por cada mil habitantes, según países seleccionados, 2011.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la *Long-Term Care Resources and Utilisation Dataset*, de la *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD); 2014.

Nota: En aquellos países que no reportaban datos para 2011, se tomaron los datos del año más cercano: Portugal, 2012; República Checa y Dinamarca, 2009; Australia, 2007; y Francia e Italia, 2003.

Cobertura y servicios

La OECD dispone de datos sobre la cobertura de los modelos de acuerdo al total de beneficiarios como proporción de la población de 65 años y más (27). Los resultados indican que los valores más altos se registran en Suiza, Holanda y los países escandinavos (Noruega, Dinamarca y Suecia), que superan el 15% (Figura 2). Por otra parte, los valores más bajos se producen en Italia, Irlanda, Canadá, Eslovaquia y Polonia, con valores por debajo del 5%. En Italia, una de las razones del bajo porcentaje se debe al tamaño de la población mayor de 65 años, la tercera más grande de la OECD (20,4% de la población), pero principalmente al hecho de que no existe un programa nacional de servicios de atención más allá de las prestaciones económicas. Los beneficios existentes son locales y varían entre territorios y años. Esto último también ocurre en Canadá, donde la responsabilidad y generosidad de los servicios depende exclusivamente de las administraciones provinciales. No obstante, aun considerando estas prestaciones económicas y algunos centros de atención mixtos (residencias y otros servicios centrados en la atención médica) el porcentaje se elevaría únicamente hasta el

4,5% en 2012. Por lo tanto, se puede identificar a estos modelos como de baja cobertura.

La cobertura aquí presentada corresponde a la población que recibe atención en residencias o algún servicio formal con base domiciliaria, como atención en el domicilio y centros de día. En todos los casos con información, se observa que los servicios con base domiciliaria superan a los servicios residenciales, lo que es lógico debido a la mayor severidad de la dependencia de los usuarios del segundo servicio. No obstante, se pueden identificar con bastante claridad tres grupos de países de acuerdo a la cobertura en la población de mayores de 65 años (30). Un primer grupo (bajo-bajo) entrega valores por debajo del 2% de atención residencial y menores del 5% para servicios con base domiciliaria. Son casos, en su mayoría, de países de Europa del Este y de Italia. Un segundo grupo (medio-medio) fluctúa entre el 4% y 10% respectivamente, en el que se encuentran la mayoría de los países de Europa continental más Reino Unido, Canadá y EE.UU. Por último, un tercer grupo (alto-alto) registra tasas de atención residencial cercanas al 6% y, a la vez, una fuerte expansión en los servicios con base domiciliaria que llega hasta el 20%. Son los casos de los países nórdicos más Holanda, Suiza e Israel.

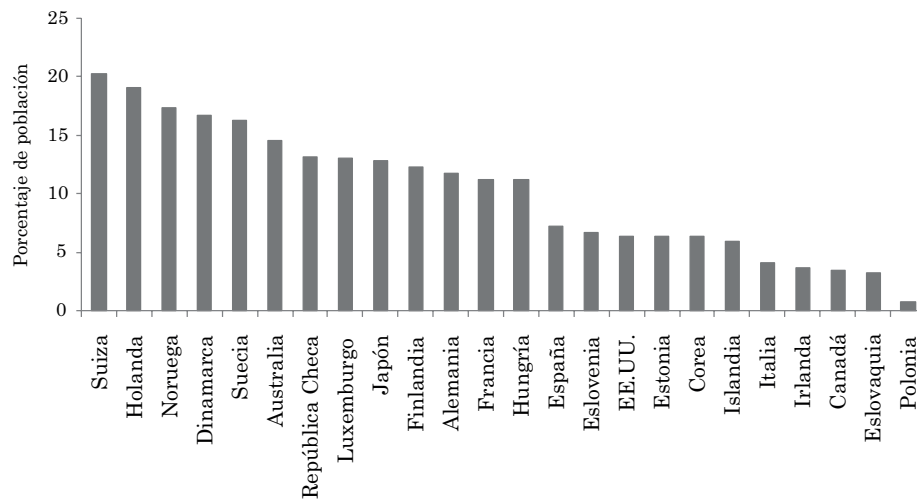


Figura 2. Porcentaje de la población de 65 y más años que recibe atención, según países seleccionados, 2011.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la *Long-Term Care Resources and Utilisation Dataset*, de la *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD); 2014.

Nota: En aquellos países que no reportaban datos para 2011, se tomaron los datos del año más cercano: Canadá, Islandia y Francia, 2010; República Checa, 2009.

Modelos según prestaciones económicas

En cuanto a las prestaciones económicas, existen varios estudios que ponen de relieve la amplia variedad en sus formatos y su creciente implementación en nuevos y viejos modelos (4,5,7,8,18).

En función del control sobre el tipo de gasto que efectúa el beneficiario se puede imputar un servicio o no. Por ejemplo, en Italia no existe control alguno sobre el uso del dinero, por lo que puede acabar en gasto familiar, de atención o incluso de ocio. En España la prestación puede estar condicionada a la contratación de un servicio formal (minoritario) o para cuidados en el entorno familiar (que reciben casi la mitad de los beneficiarios del sistema). En este último caso, existe la intención de que el cuidador aporte a la seguridad social, pero no es obligatorio y menos del 5% lo hace. En otros países como Dinamarca o Suecia, si bien se han incorporado estas prestaciones en los últimos años, su concesión está condicionada a la contratación formal de atención especializada (4) y en Alemania, aunque no existe control sobre este gasto, el importe permite que el cuidado familiar al que se destina se transforme en una atención semiformal (8).

Dos casos particulares son los de Japón y Francia. En el primer caso, se ha propiciado la atención voluntaria de la denominada tercera edad a la cuarta edad. En dos de sus modalidades se han incorporado retribuciones –monetarias o no– para los cuidadores (7), por lo que pese a no ser una transferencia como el resto, podría considerarse como atención personal. La segunda modalidad destacada es la de Francia, en la que la prestación económica se realiza a través de una especie de *vouchers*. Los dependientes reciben estos *vouchers* o *vales* y con ellos pueden contratar a cuidadores, quienes los cobran en dinero en los ayuntamientos. Para poder cobrar, los cuidadores deben estar registrados como tales y cumplir con los requisitos que exija la administración, lo que le permite a esta controlar la formación de los cuidadores y asegurar la prestación del servicio (5).

Modelos según costo

Los costos de los modelos también varían mucho. Las estadísticas disponibles de gasto público muestran que el monto destinado va desde valores superiores al 2% del producto interno bruto

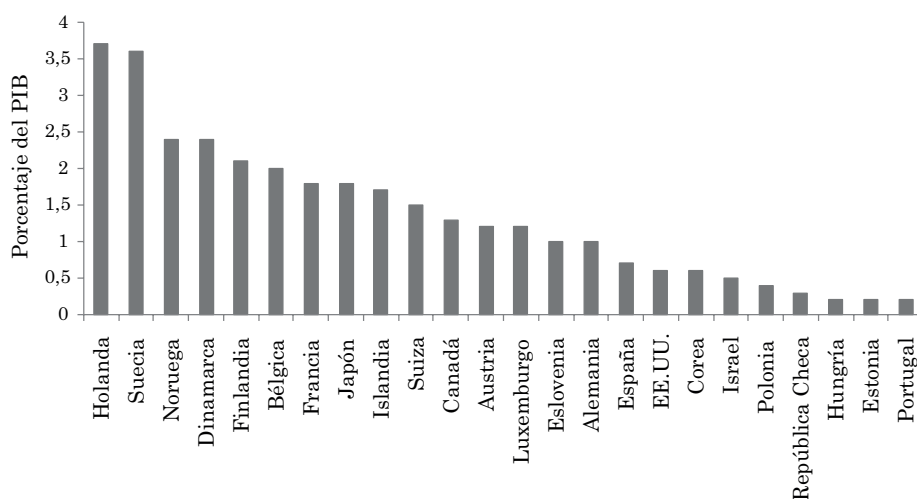


Figura 3. Gasto público en cuidados de larga duración como porcentaje del producto interno bruto, según países seleccionados, 2011

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la *Long-Term Care Resources and Utilisation Dataset*, de la *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD); 2014.

(PIB) en Holanda, Bélgica y el grupo de países nórdicos, hasta inferiores al 0,5% en Portugal y países de Europa del Este (Figura 3).

De esta forma, coincide que los países con mayor cobertura, mayor formalidad y más servicios directos sean precisamente los más caros. Este es el caso de Holanda y de los países escandinavos Suecia, Noruega y Dinamarca. Sin embargo, como se ha comentado en el inicio de este artículo, en el resto de los países esta relación no es tan clara.

El análisis de costos es uno de los más importantes en los estudios sobre modelos de cuidados de larga duración y, para el objetivo de este trabajo, de crucial atención. Es lógico pensar que a mayor proporción de personas mayores, mayor es la presión por ampliar la cobertura y, por tanto, mayor el esfuerzo fiscal. Pero las relaciones entre demanda, prestaciones y costo son algo más complejas.

El incremento del número de personas mayores aumenta la demanda de servicios de larga duración (31). Las solicitudes de beneficios de los sistemas de cuidados de larga duración son mayores mientras más personas sobrepasen la barrera de los 65 años. Aunque existen algunas hipótesis (32) que señalan que los años de esperanza de vida ganados se vivirán sin problemas de dependencia, existe escasa evidencia que las respalde (33) y

rotundamente no ocurrirá en el futuro cercano de América Latina (20).

No obstante, aunque el envejecimiento poblacional se vincula a la demanda de servicios, esta explica muy poco el incremento de los costos de los cuidados de larga duración. Apenas un 11,6% del incremento del gasto en salud se debe a factores únicamente demográficos (21). Los determinantes sociales, como el ingreso o la educación, que se correlacionan con la calidad de vida y el estado de salud, son los que explican en mayor medida los costos de los sistemas (33). Por el lado de la oferta, los precios, la complejidad de las intervenciones médicas y sobre todo la expansión de los beneficios son los principales factores. Tanto es así que, si los países de la OECD hubieran mantenido los mismos niveles de beneficios entre 1970 y 2002, sus costos se habrían incrementado en una cuarta parte de lo que lo hicieron (34).

Es precisamente esta expansión de beneficios lo que determina si un modelo es más caro que otro, y esta expansión no ha sido lineal, sino que incluso se ha llevado a cabo incorporando servicios más baratos (9). Prácticamente nueve de cada diez responsables de las políticas de cuidados de larga duración señalan que, en la actualidad, la principal prioridad es la sostenibilidad

fiscal y financiera. Por ello es que más de la mitad de los países han llevado a cabo reformas en este ámbito (1).

Estas reformas han estado dirigidas a expandir la atención con base domiciliaria (centros de día y atención en el domicilio) más que la residencial (que prácticamente no ha crecido) e incorporar o ampliar los beneficios con derecho a prestaciones económicas en lugar de servicios. El costo de cada una es igualmente decreciente: en España, la atención residencial es 2,5 veces más cara que la domiciliaria y, a su vez, esta última es 2 veces más que el monto medio de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (35). En EE.UU. la atención residencial puede llegar a ser entre 2 y 5 veces más cara que los servicios en el domicilio (36), aunque no existe una prestación económica en este país. En Alemania, algunas prestaciones económicas alcanzan valores cercanos a un salario mínimo, mientras que en Dinamarca son prácticamente equivalentes al costo de la atención en el domicilio (8).

Aunque existe un criterio a favor de esta tendencia que consiste en favorecer el envejecimiento de las personas mayores en sus domicilios (4), es evidente que la contención de costos ha jugado un papel relevante en la oferta de servicios (9), ya que no está del todo claro que el envejecimiento en el domicilio sea mejor para los cuidados y los cuidadores (10). El motivo es que el crecimiento del gasto en cuidados de larga duración y sus proyecciones para los próximos años son alarmantes: entre 2005 y 2011 el gasto de los países de la OECD creció a una media de 4,8% anual mientras que sus economías lo hicieron apenas a un 1,3%. Esta tendencia llevaría prácticamente a que en 2060 se duplique el gasto en cuidados de larga duración (17,21).

En busca del mejor modelo

Se reconoce que algunos modelos nórdicos cuentan con una amplia cobertura, servicios que favorecen la formalización de empleos a través de la atención con base domiciliaria y prestaciones económicas limitadas y controladas. Estos modelos son también los más caros. Lo interesante es el resto de los casos, en los que ya no son tan evidentes las diferencias. Alemania ofrece una mayor cobertura de atención residencial y de servicios

con base domiciliaria que Francia. No obstante, el porcentaje del PIB destinado a cuidados de larga duración en este último país prácticamente duplica al del primero.

¿Qué modelo es más costoeficiente? Es muy difícil saberlo. Los perfiles demográficos y de salud de países tan distintos como Noruega, EE.UU. o Italia son diferentes y condicionan el resultado. Aun en los casos de perfiles similares, resulta complejo aislar las variables y definir un indicador de calidad de la atención u *output* sanitario. Algo de luz se encuentra al analizar la percepción de satisfacción de los usuarios (30). Con todas sus limitaciones, la autopercepción es una aproximación a la satisfacción de las necesidades ajustadas por las expectativas. En este sentido, los países escandinavos se sitúan por encima del resto, pero esta vez los acompañan Francia y el Benelux (Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo). Es decir, el modelo francés, sin alcanzar los niveles de cobertura y gasto de los nórdicos, y muy lejos de sus niveles de atención residencial y de servicios con base domiciliaria, logra grados de satisfacción similares incorporando prestaciones económicas con la modalidad de *voucher* que permiten controlar el número y la cualificación de los cuidadores (5). Modelos como el de Austria, Alemania o España se ubican en una segunda posición. Una característica común a ellos es que sus tasas de atención residencial y de servicios con base domiciliaria también son menores a las de los nórdicos, aunque superiores a las de Francia. Pero a diferencia de este último, estos tres países incorporan una dimensión importante de prestaciones sobre las cuales no se ejerce ningún tipo de control de calidad o formación de los cuidadores. En el tercer grupo se encuentran modelos escasos en servicios, criticados por los beneficiarios tanto por sus problemas de acceso, como por los costos: tal es el caso de Italia, Portugal o los países de Europa Central. Cierran las valoraciones peores los países de Europa del Este y los Balcanes, básicamente porque no cuentan con sistemas formales de cuidados de larga duración.

¿Cómo está América Latina?

Diversos diagnósticos muestran cómo América Latina está acercándose rápidamente a los niveles de envejecimiento de los países ricos,

cuando estos debieron implementar o reformar sus sistemas de cuidados (11).

Si se compara la evolución de los mayores de 65 años en el total poblacional de algunos países paradigmáticos como Dinamarca, Francia y España, se pueden apreciar dos fenómenos. Primero, que la velocidad de envejecimiento de la población latinoamericana es más acelerada que la de los países comparados y, segundo, que alcanzará los niveles actuales de estos en poco más de dos décadas.

Esto parece dar un margen de tiempo relativamente cómodo a los gobiernos de la región y se debe a que la mayoría de los países gozan aún del bono demográfico (22). Este fenómeno se produce cuando la relación entre la población en edad de trabajar y la población potencialmente dependiente (niños y ancianos) alcanza sus mayores valores. Vale decir, cuando se produce una reducción de la natalidad, que disminuye la carga de cuidados de menores y la población adulta aún se encuentra lejos de aproximarse a los años de vejez. Este periodo finaliza cuando esa población adulta se retira del mercado de trabajo y alcanza edades en las que sus condiciones de salud empeoran. El punto de inflexión ocurrirá en unos veinte años, cuando la caída del porcentaje de niños menores de 15 años intersecte al incremento de mayores de 65 años (23).

No obstante, este alivio temporal del bono demográfico no afecta a todos por igual. Hay algunos que ya están en la última etapa como Chile, Brasil y Costa Rica (22). En un análisis de presiones de oferta y de demanda de cuidados de mayores dependientes, se agregan a estos países Argentina y Uruguay como aquellos con mayor urgencia en la implementación de soluciones de cuidados de larga duración (11). De hecho, solo considerando el porcentaje de la población mayor de 65, se observa que en 2013 Uruguay prácticamente duplicó la tasa de la región (14,1% y 7,2% respectivamente), seguido de Chile y Argentina (11% y 10% respectivamente).

Estos cinco países no han alcanzado estos niveles de envejecimiento con los mismos niveles de riqueza que los países más desarrollados y parece poco probable que el resto de la región los alcance (12). Además, los estudios de salud parecen indicar que la población de la región alcanzará las edades adultas con más problemas de

salud, ya que su incremento en la esperanza de vida responde más a las intervenciones de salud e innovaciones médicas que a estándares de vida más altos o mejor nutrición (13). Prueba de ello es que los mayores de América Latina muestran serios problemas de obesidad, colesterol, hipertensión y artritis (20,14) que incrementarán los riesgos de una vejez precaria y expandirán la demanda de servicios de cuidados de larga duración.

Existe cierta coincidencia en que los sistemas de seguridad social de la región no parecen estar preparados para este desafío (23,12). Aunque algunos países dicen contar con sistemas de cobertura universal, lo cierto es que sus bajos niveles de gasto público y elevados gastos de bolsillo no están en línea con esta afirmación (24).

Al analizar país por país se observa que solo seis de trece países tienen algún sistema de atención con base domiciliaria o centro especializado (25) y cuatro de ellos coinciden con los identificados como de mayor urgencia: Argentina, Chile, Costa Rica y Uruguay, pero sus coberturas son aún muy limitadas. El costo es uno de los principales temas de preocupación. Si se mantienen los actuales beneficios en salud, solo el incremento de las personas mayores podría elevar el gasto público en cerca de 1 punto porcentual del PIB en los próximos treinta años. Pero si las demandas de salud son enfrentadas de manera similar a los países de la OECD, este aumento podría ser cuatro veces mayor (26).

Las estimaciones de modelos de cuidados de larga duración de atención en el domicilio estiman un costo esperado que puede alcanzar casi 15.000 dólares anuales per cápita en Argentina y poco más de 11.000 en México (37). Un sistema solo de cuidados en el domicilio para las personas más graves en Chile costaría 3.600 dólares anuales por dependiente (38). Esto elevaría el presupuesto por sobre 1 punto porcentual del PIB, similar a otros países con sistemas más desarrollados como Austria o Canadá. El motivo de esto es que en los estudios citados se han sobrestimado las horas de atención, sobre todo en los dependientes severos. Si se consideran promedios más parecidos a los modelos europeos mediterráneos, el costo anual caería, por ejemplo, en el caso de Chile a algo menos de 4.000 dólares per cápita, equivalente a cerca del 0,5% del PIB (15). En cualquier caso, implica un esfuerzo fiscal relevante en países con limitados márgenes presupuestarios.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

América Latina tardó más de medio siglo en duplicar el porcentaje de personas mayores de 65 años. Sin embargo, ahora tardará poco más de dos décadas en volver a hacerlo. Para mediados de este siglo una de cada cinco personas tendrá esa edad o más. Este es un fenómeno que ya ocurrió en las décadas pasadas en los países ricos. En los últimos treinta años, estos planificaron, implementaron y reformaron varias veces sus políticas de salud para enfrentar los problemas de dependencia de las personas mayores. Ahora es el turno de América Latina.

La región avanza rápidamente a una problemática de envejecimiento y dependencia de las personas mayores, pero sus sistemas sociales y de salud están escasamente preparados para enfrentar esta realidad. Se estima que el margen temporal para reaccionar es algo mayor a dos décadas para la mayoría de los países, pero no así en algunos como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay, en los que el bono demográfico está en su última fase.

El análisis de los modelos existentes en la actualidad permite diferenciar entre los de los países del norte de Europa como Suecia, Noruega, Dinamarca y Holanda y los del resto. Estos países cuentan con Estados de Bienestar financiados con una fuerte carga impositiva, lo que permite ofrecer modelos de atención basados en la provisión formal de atención residencial y de servicios con base domiciliaria, con amplia cobertura y mínimo copago. Esto, sin embargo, no ha impedido que existan esfuerzos por contener costos, por lo que se han implementado medidas de gestión privada en la administración pública, se ha abierto la puerta a la provisión privada y se han incorporado algunas prestaciones económicas. En el caso de los demás países, la búsqueda del equilibrio entre la presión del alza de costos y el aumento de la demanda ha sido enfrentada con una ola de reformas en dos direcciones. La primera, una expansión de la cobertura de sus sistemas con base en la atención domiciliaria (centros de día y atención en el domicilio) más que en la residencial y, segundo, con la incorporación, en casi todos ellos, de prestaciones económicas con amplia cobertura para la contratación directa de servicios por parte de los dependientes o sus familias.

¿Qué lecciones saca América Latina? De manera general que, mientras mayor sea la definición de la cobertura, mucho mayor será la demanda de servicios por el rápido envejecimiento de la población. Y esta es una cuestión determinante ya que, a diferencia de la mayoría de los países analizados, los de la región disponen de menos recursos económicos y no es de esperar que estos recursos aumenten extraordinariamente en los próximos años. Por ello, resulta interesante y útil considerar en mayor profundidad estas últimas reformas.

Modelos basados en servicios con base domiciliaria no tienen un impacto presupuestario tan alto como el residencial y pueden ser muy útiles en la mayoría de los casos en los que la severidad de la dependencia no sea muy grave. De la misma manera, las prestaciones económicas pueden ser una herramienta útil y de respuesta rápida cuando no se disponen de suficientes recursos e infraestructuras.

No obstante, como muestran las experiencias aquí analizadas, no cualquier servicio con base domiciliaria es bueno ni cualquier prestación es útil. Envejecer en el propio domicilio, si no es una opción o no se acompaña de atención sociosanitaria eficaz puede terminar empeorando la vida de las personas dependientes y de los familiares con los que comparten el hogar. Los centros de día y los servicios en el domicilio no son efectivos *per se*, sino que están condicionados por la intensidad y calidad de la atención prestada. Por ello, deben contar con presupuesto suficiente y basarse en personal cualificado para los servicios prestados. No pueden estar dirigidos únicamente por el criterio de reducción de costos.

Asimismo, la prestación económica sin control sobre el gasto o sobre la cualificación del cuidador puede acabar institucionalizando el cuidado informal de baja calidad y precarizando no solo la salud de la persona dependiente sino también la del cuidador. No todas las herramientas dan el mismo resultado ni todas se aplican de la misma manera.

En conclusión, es necesario avanzar en este campo, abordar la capacidad de respuesta médico-sanitaria de los países de la región e ir evaluando distintos tipos de modelos de cuidados de larga duración *ad hoc* para cada realidad nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

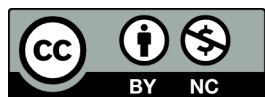
1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Help wanted?: providing and paying for long-term care [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2011 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/QzDyFp>.
2. Pacolet J, Bouten R, Lanoye H, Versieck K. Social protection for dependency in old age: A study of the 15 EU member states and Norway [Internet]. European Commission; 1999 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/d3u6UM>.
3. Sanford AM, Orrell M, Tolson D, et al. An international definition for "Nursing home". *Journal of the American Medical Directors Association*. 2015;16(3):181-184.
4. Askheim OP, Bengtsson H, Richter BR. Personal assistance in a scandinavian context: Similarities, differences and developmental traits. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 2014;16:3-18.
5. Da Roit B, Le Bihan B. Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *Milbank Q*. 2010;88(3):309.
6. Simonazzi A. Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*. 2009;33(2):211-232.
7. Hayashi M. Japan's long-term care policy for older people: The emergence of innovative "mobilisation" initiatives following the 2005 reforms. *Journal of Aging Studies*. 2015;33:11-21.
8. Frericks P, Jensen PH, Pfau-Effinger B. Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe. *Journal of Aging Studies*. 2014;29:66-77.
9. Swartz K. Searching for a balance of responsibilities: OECD countries' changing elderly assistance policies. *Annual Review of Public Health*. 2013;34:397-412.
10. Maruyama S. The effect of coresidence on parental health in Japan. *Journal of the Japanese and International Economies*. 2015;35:1-22.
11. Matus M, Rodriguez P. Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. 2014;60:103-130.
12. Palloni A, McEniry M. Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: Preliminary findings. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2007;22(3):263-285.
13. Palloni A, McEniry M, Wong R, Pelaez M. The tide to come: Elderly health in Latin America and the Caribbean. *Journal of Aging Health*. 2006;18(2):180-206.
14. Al Snih S, Graham JE, Kuo YF, Goodwin JS, Markides KS, Ottenbacher KJ. Obesity and disability: Relation among older adults living in Latin America and the Caribbean. *American Journal of Epidemiology*. 2010;171(12):1282-1288.
15. Matus-López M, Cid Pedraza C. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;36(1):31-36.
16. European Commission. The 2012 ageing report: Economic and budgetary projections for the 27 EU member states [Internet]. Brussels: Economic Policy Committee; 2012 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/hlHD6X>.
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2013 [Internet]. OECD; 2013 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/G5lkCU>.
18. Bettio F, Verashchagina A. Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries [Internet]. European Commission; 2010 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1JJV1ch>.
19. Fujisawa R, Colombo F. The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand (OECD Health Working Papers No. 4) [Internet]. 2009 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1JJWkbo>.
20. Medici A. How age influences the demand for health care in Latin America. In: Cotlear D, editor. *Population aging: Is Latin America ready?* [Internet]. Washington DC: World Bank; 2011 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1j81RiH>.
21. Maisonneuve C, Oliveira J. Public spending on health and long-term care: A new set of projections (OECD Economic Policy Papers No. 6) [Internet]. 2013 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1JJYr5>.
22. Saad P. Demographic trends in Latin America and the Caribbean. In: Cotlear D, editor. *Population aging: Is Latin America ready?* [Internet]. Washington DC: World Bank; 2011 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1j81RiH>.
23. Huenchuan S. Ageing, solidarity and social protection in Latin America and the Caribbean: Time for progress towards equality [Internet]. San-

- tiago: ECLAC; 2013 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1EEUoRm>.
24. Suarez-Bereguela R, Vigil-Oliver W. Health care expenditure and financing in Latin America and the Caribbean [Internet]. Washington DC: Pan American Health Organization; 2012 [citado 12 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1FJOW5v>.
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2012 [Internet]. Santiago: CEPAL; 2012 [citado 12 ene 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/VSXcCt>.
26. Miller TC, Mason C, Holz M. The fiscal impact of demographic change in 10 Latin American countries: Projecting public expenditures in education, health and pensions. In: Cotlear D, editor. Population aging: Is Latin America ready? [Internet]. Washington DC: World Bank; 2011 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1j81RiH>.
27. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health statistics 2014 [Internet]. OECD.Stat 2015 [citado 8 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1qtVKpJ>.
28. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons [Internet]. Aging and health technical report No. 5; 2004 [citado 8 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1OaOmsp>.
29. Razavi S. The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options [Internet]. Geneva: UNRISD; 2007 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/zb62EU>.
30. Carrera F, Pavolini E, Ranci C, Sabbatini A. Long-term care systems in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European countries. In: Ranci C, Pavolini E, editors. Reforms in long-term care policies in Europe. New York: Springer; 2013. p. 23-52.
31. Bonneux L, Van der Gaag N, Bijwaard G. Demographic epidemiologic projections of long-term care needs in selected European countries: Germany, Spain, the Netherlands and Poland. ENEPRI Research Report No. 8 [Internet]. 2012 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1zg1OUs>.
32. Manton K. The dynamics of population aging: Demography and policy analysis. *Milbank Q.* 1991;69(2):309-338.
33. Kinsella K, He W. An ageing world: 2008 [Internet]. Washington DC: U.S. Government Printing Office; 2009 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://1.usa.gov/1Hrf49>.
34. Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? comparing growth in healthcare costs in ten OECD countries. NBER Working Paper No. 11833 [Internet]. 2005 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1E1G8U3>.
35. Prada MD, Borge LM. Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación [Internet]. Madrid: Fundación CASER; 2014 [citado 10 ene 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/h16P6f>.
36. Genworth. Cost of Care Survey 2015 [Internet]. 2015 [citado 10 abr 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1GJWdOD>.
37. Monteverde M, Noronha K, Palloni A, Ageletti K. Costos individuales esperados de cuidados de larga duración en Buenos Aires, México y Puerto Rico. In: Peláez E, editor. Sociedad y adulto mayor en América Latina: Estudios sobre envejecimiento en la región. Córdoba: Editorial Copiar; 2008.
38. Matus-López M, Cid C. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2014;36(1):31-36.

FORMA DE CITAR

Matus-López M. Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva.* 2015;11(4):485-496.

Recibido: 18 de abril de 2015 | Versión final: 3 de agosto de 2015 | Aprobado: 20 de agosto de 2015



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.785>