

ENVEJECER EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES

Natalia Aranco
Mariano Bosch
Marco Stampini
Oliver Azuara
Laura Goyeneche
Pablo Ibararán
Deborah Oliveira
Maria Reyes Retana
William Savedoff
Eric Torres





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

Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores /
Natalia Aranco, Mariano Bosch, Marco Stampini, Oliver Azuara, Laura Goyeneche, Pablo Ibararán, Deborah
Oliveira, María Reyes Retana, William Savedoff, Eric Torres.

p. cm. — (Monografía del BID ; 1009)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Population aging-Latin America. 2. Population aging-Caribbean Area. 3. Pensions-Latin America. 4. Pensions-Caribbean Area. 5. Older people-Care-Latin America. 6. Older people-Care-Caribbean Area. 7. Medical care-Latin America. 8. Medical care-Caribbean Area. I. Aranco, Natalia. II. Bosch, Mariano. III. Stampini, Marco. IV. Azuara Herrera, Oliver. V. Goyeneche, Laura. VI. Ibararán, Pablo. VII. Oliveira, Déborah. VIII. Reyes.Retana, María. IX. Savedoff, William D. X. Torres, Eric. XI. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. XII. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Mercados Laborales. XIII. Serie.

IDB-MG-1009

Clasificación JEL. I18, I31, I38, I39, J14, J16, J18, J21

Palabras clave: personas mayores, calidad de vida, envejecimiento de la población, protección social, pensiones, atención médica, atención a la dependencia, América Latina y el Caribe.

Copyright © 2022 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





Natalia Aranco ●
Mariano Bosch ●
Marco Stampini ●
Oliver Azuara ●
Laura Goyeneche ●
Pablo Ibararán ●
Deborah Oliveira ●
Maria Reyes Retana ●
William Savedoff ●
Eric Torres ●

- División de Salud y Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- Sector Social, BID
- División de Mercados Laborales y Seguridad Social, BID

Esta publicación fue parcialmente financiada por el trabajo económico y sectorial del Banco Interamericano de Desarrollo sobre el “Envejecimiento activo y saludable, el costo de la inacción y los elementos para la acción” (RG-E1656). Agradecemos a Ferdinando Regalia, Miguel Székely, Laura Ripani, Ricardo Pérez Cueva, Ana María Ibañez, Mario Sánchez, Adelina Comas, Rebeca Wong, Norbert Schady, Carmen Pages, Fred Lafarber, Héctor Villareal, Stefano Bertozzi, Alvaro Altamirano, María Laura Oliveri por sus útiles comentarios y sugerencias. Agradecemos a Adriana Rovira, Aldo Sgaravatti, Ambrose Ramsay, Ana Amélia Camarano, Ana Cecilia Tamayo Osorio, Ana Luisa Gamble Sánchez Garvito, Angela Salmo, Cecilia Terzaghi, Denise Eldemire-Shearer, Diana Marcela Pareja Ramírez, Melissa Dehaarte, Indira Minus-Grimes, Kristine Luckham, Virginia Asin-Oostburg, Irma Abdoelaziz-Djabarkhan, Hedy Heymans-Soeters, Eduardo Sosa Tinoco, Evan Dakers con Ivorine Bulwer, Flor Murillo Rodríguez, Ix-Chel Poot, Javier Cabrera Guerra, Jean Lowrie-Chin, Jennifer Rouse, Jenny Del Rosario Rodríguez, Jorge Garro, José Francisco Parodi García, Juan Segundo del Canto y Dorador, Karla Bibiana Mora Martínez, Laura Pabón, Lina María González, Lina María González, María Cristina Correa Lopes Hoffmann, Marilia Berzins, Martha Marlene Moquillaza Risco, Maureen Ward, Michele Clavery, Kim Sawyer, Papic Ponce, Valentina Del Pilar, René Guzmán Montes, Wendy Poitier Albury por participar en la encuesta a expertos y profesionales en el área de servicios de atención a la dependencia. Esta publicación fue escrita originalmente en inglés y fue editada por Collin Stewart. Fue traducida al español por Anasela Valladares e Irene Larraz (Beyup Global) y al portugués por Hilda Lemos. Cualquier error en las versiones finales es responsabilidad exclusiva de los autores. El contenido y las conclusiones de este informe reflejan las opiniones de los autores, no las del Banco Interamericano de Desarrollo, su Directorio o los países que representan.

Diseño y diagramación: Jesus Rivero y Alberto Revuelto (Beyup Global).

Ilustración de portada: Pablo López (Beyup Global).

Fotografías: Shutterstock.com



PUBLICACIÓN INTERACTIVA Y ACCESIBLE

Para una mejor visualización de este documento interactivo, se recomienda descargar el PDF.



Prólogo

Es un hecho públicamente reconocido que América Latina y el Caribe está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. Aunque a velocidades distintas, durante las últimas décadas todos los países de la región han sido testigos de cambios sociales y económicos clave que han provocado un descenso de las tasas de fecundidad y de mortalidad. La transición demográfica resultante se ha traducido en una mayor esperanza de vida y un aumento del porcentaje de personas mayores en la región, una tendencia que se espera que continúe en los próximos años. El incremento de la longevidad ha venido acompañado de una mejora general de la calidad de vida de las personas mayores, que hoy en día gozan de mejor salud y tienen menos probabilidades de caer en la pobreza que hace veinte años.

Este informe sostiene que, al menos parte de esta mejora, es el resultado de la implementación de políticas de protección social en los ámbitos de las pensiones, la atención médica y los cuidados de larga duración. La ampliación de las prestaciones de pensiones no contributivas, junto con los esfuerzos por conseguir una atención médica universal y una agenda incipiente de políticas de cuidados de larga duración, han contribuido a mejorar la vida de las personas mayores.

Sin embargo, a pesar de los avances, los retos que tiene por delante la región son enormes. Las políticas de protección social para las personas mayores se enfrentarán a graves presiones fiscales y de sostenibilidad social en las próximas décadas. Además, los logros recientes no han llegado a todos de la misma manera. Hay diferencias, tanto entre países como dentro de ellos, que no se pueden justificar, ya que las mujeres y quienes se encuentran en el extremo inferior del espectro socioeconómico están en clara desventaja en comparación con los demás.

¿Cómo seguir avanzando por el camino de una mejor cobertura y calidad de la protección social y, al mismo tiempo, controlar las presiones fiscales? La respuesta de este informe es que la única manera es adoptar un enfoque holístico en el diseño de las políticas de protección social, que considere explícitamente las interacciones y sinergias entre las pensiones, los servicios de salud y los cuidados de larga duración. Aunque no existe una receta única, y cada país deberá evaluar la viabilidad de las reformas teniendo en cuenta su contexto social, económico y fiscal específico, la necesidad de un enfoque integrado en los tres ámbitos de protección social es primordial.

Al promover el progreso social, el fortalecimiento de las instituciones, y la igualdad de género, este libro se alinea con la Visión 2025 del Banco Interamericano de Desarrollo. Es nuestro deseo que el trabajo que aquí se presenta se convierta en una herramienta útil para los responsables políticos y académicos de las áreas de pensiones, salud y cuidados de larga duración, así como para el público en general. En especial, a medida que, como sociedad, seamos cada vez más conscientes de los beneficios y retos sociales que conlleva el envejecimiento de la población.

Estamos convencidos de que la región puede tener un futuro brillante, en el que las personas tengan una vida más larga y saludable junto a una economía vigorosa y productiva, cuyos beneficios se extiendan a todas las generaciones. También estamos convencidos de que el camino a seguir pasa por adoptar un enfoque holístico, que aborde la diversidad de experiencias de envejecimiento y vincule las políticas de pensiones, salud, y cuidados de larga duración.

Benigno López Benítez
Vicepresidente de Sectores y Conocimiento
Banco Interamericano de Desarrollo



Tabla de Contenidos

Prólogo	iv
Resumen ejecutivo	xi
1. América Latina y el Caribe envejecen rápidamente	1
2. La calidad de vida de las personas mayores está mejorando, pero muchos países aún están atrasados	7
2.1 Un nuevo índice de calidad de vida de las personas mayores	7
2.2 Tendencias en la calidad de vida de las personas mayores y variaciones entre países	8
2.3 Seguridad de ingresos	12
2.4 La salud de los adultos mayores	18
2.4.1 Principales causas de la mala salud	20
2.4.2 Factores de riesgo para la salud	25
2.5 Capacidad funcional y dependencia	31
2.6 La discriminación por edad es otro factor clave que influye en la calidad de vida de las personas mayores	36
3. La protección social está relacionada con una mejor calidad de vida	40
3.1 Pensiones	44
3.1.1 Cobertura de las pensiones	44
3.1.2 Calidad de las pensiones: suficiencia	49
3.2 Servicios de salud	55
3.2.1 Acceso y cobertura de los servicios de salud	55
3.2.2 Calidad de los servicios de salud	60
3.3 Servicios de atención a la dependencia	65
3.3.1 Cobertura de los servicios de atención a la dependencia	66
3.3.2 Calidad de los servicios de atención a la dependencia	70
3.4 Evaluación global de la protección social en la región	74
3.4.1 Clasificaciones categóricas de cobertura y calidad	74
3.4.2 Índice de protección social	76
3.4.3 ¿Qué países han alcanzado los niveles más altos de protección social?	77
3.5 Relación entre calidad de vida y protección social: las políticas son importantes	79



4. El envejecimiento de la población pondrá a prueba la sostenibilidad de la protección social de las personas mayores	82
4.1 Sostenibilidad de las pensiones: las presiones subyacentes	84
4.2 Sostenibilidad de los servicios de salud	87
4.3 Sostenibilidad de los servicios de atención a la dependencia	91
4.4 Gasto actual y futuro en protección social	93
5. Las sociedades en proceso de envejecimiento de América Latina y el Caribe necesitan amplias reformas de protección social	100
5.1 Consideraciones generales para las tres áreas de protección social	102
5.2 Principios rectores de las reformas de los sistemas de pensiones	105
5.3 Principios rectores de las reformas de los sistemas de salud	108
5.4 Principios rectores de las reformas de los sistemas de atención a la dependencia	112
Referencias bibliográficas	120
Anexo 1 Metodología y datos	140
A. Evolución demográfica y crecimiento del PIB: datos	140
B. Calidad de vida: datos y metodología	141
C. Pensiones: datos y metodología	148
D. Atención médica: datos y metodología	149
E. Atención a la dependencia: datos y metodología	154
F. F. Gasto actual y futuro en protección social	157



Gráficos

GRÁFICO 1 DIMENSIONES CLAVE DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES	xii
GRÁFICO 2 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES, POR SEXO, 2019	xiv
GRÁFICO 3 CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2019	xvii
GRÁFICO 4 EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PENSIONES, SERVICIOS DE SALUD, Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA COMO PORCENTAJE DEL PIB (%), 2020-2050	xviii
GRÁFICO 1.1 PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN (%), 1990-2100	2
GRÁFICO 1.2 NÚMERO DE AÑOS NECESARIOS PARA QUE EL PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS PASE DEL 10% AL 20%	3
GRÁFICO 1.3 PIB PER CÁPITA EN EL AÑO EN QUE EL PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ALCANCE EL 10% Y EL 20% (DÓLARES CONSTANTES DE 2015)	5
GRÁFICO 2.1 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, POR SEXO, 2000-2019	9
GRÁFICO 2.2 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA Y COMPONENTES PARA LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000-2019	10
GRÁFICO 2.3 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES, POR SEXO, 2019	11
GRÁFICO 2.4 PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, POR CATEGORÍA DE INGRESOS Y SEXO (%), 2019	13
GRÁFICO 2.5 FUENTES DE INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES, POR EDAD Y SEXO, EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000 Y 2019	15
GRÁFICO 2.6 ESPERANZA DE VIDA Y ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA EN FUNCIÓN DE LA SALUD (AÑOS), 2019	19
GRÁFICO 2.7 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS, POR CAUSA (1990-2019)	22
GRÁFICO 2.8 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN MAYORES DE 65 AÑOS, POR ENFERMEDAD Y SEXO, 2019 (%)	23
GRÁFICO 2.9 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD, POR FACTOR DE RIESGO, EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS, 1990-2019	26
GRÁFICO 2.10 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD (POR CADA 100 PERSONAS) ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, POR RIESGOS DE SALUD, 2010 Y 2019	28
GRÁFICO 2.11 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD (POR CADA 100 PERSONAS) ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, POR SEXO Y RIESGOS DE SALUD, 2019	29
GRÁFICO 2.12 CARGA DE FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, 2019 (AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD POR CADA 100 PERSONAS)	30
GRÁFICO 2.13 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), 2012-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE)	33
GRÁFICO 2.14 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), POR SEXO Y TRAMO DE EDAD, 2012-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE)	34



GRÁFICO 2.15 PORCENTAJE DE ENCUESTADOS (%), POR NIVEL DE ACTITUDES DE DISCRIMINACIÓN POR EDAD DECLARADAS, 2010-2014.....	38
GRÁFICO 3.1 ELEMENTOS CLAVE DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES	41
GRÁFICO 3.2 COBERTURA DE PENSIONES EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, 2019	45
GRÁFICO 3.3 PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE APORTAN A LOS PLANES DE PENSIONES, 2019	47
GRÁFICO B 3.2 TENDENCIAS EN LA COMPOSICIÓN DEL INGRESO EN BOLIVIA POR EDAD, 2000-2019	48
GRÁFICO 3.4 TASA DE REEMPLAZO PROMEDIO DE PENSIONES CONTRIBUTIVAS Y NO CONTRIBUTIVAS (%)	50
GRÁFICO B 3.3 TASAS DE REEMPLAZO TEÓRICAS DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES PARA TRABAJADORES QUE APORTAN DURANTE TODA SU VIDA LABORAL AL SISTEMA DE PENSIONES (%)	51
GRÁFICO 3.5 TASA DE REEMPLAZO PROMEDIO DE PENSIONES CONTRIBUTIVAS (%).....	52
GRÁFICO 3.6 TASA DE REEMPLAZO PROMEDIO DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS (%)	53
GRÁFICO 3.7 TASAS DE EMPLEO FORMAL POR NIVEL EDUCATIVO, 2018 (%)	54
GRÁFICO 3.8 ÍNDICE DE COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD, 2017	56
GRÁFICO 3.9 POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES QUE RECIBE TRATAMIENTO, 2018 (%).....	58
GRÁFICO 3.10 ÍNDICE DE CALIDAD Y ACCESO A LA SALUD, 2016.....	62
GRÁFICO 3.11 CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2019	80
GRÁFICO 4.1 EDAD MÍNIMA LEGALES DE JUBILACIÓN EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SEGURIDAD SOCIAL, 2019	85
GRÁFICO 4.2 TASA DE CONTRIBUCIÓN DE PENSIONES OBLIGATORIA DEL TRABAJADOR PROMEDIO (% DEL SALARIO BRUTO).....	86
GRÁFICO 4.3 GASTO EN SALUD PÚBLICA COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN 2018 (%)	88
GRÁFICO 4.4 GASTO EN SALUD PER CÁPITA POR GRUPOS DE EDAD (2018 USD, PARIDAD DE PODER ADQUISITIVO).....	89
GRÁFICO 4.5 TENDENCIAS DEL GASTO EN PENSIONES, SALUD Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA COMO PROPORCIÓN DEL PIB (%), 2020-2050.....	94
GRÁFICO 4.6 GASTO ACTUAL Y FUTURO EN PENSIONES, SALUD Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, EN PROPORCIÓN DEL PIB (%), 2020 Y 2050	95
GRÁFICO 4.7 CORRELACIÓN ENTRE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES (% DE LA POBLACIÓN) Y EL GASTO EN PENSIONES Y SALUD (% DEL PIB) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN PAÍSES DE INGRESOS ALTOS, 2019	96
GRÁFICO 4.8 TASA DE POBREZA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS Y EN MENORES DE 18 AÑOS (%), 2019	98
GRÁFICO B 1.A ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA CON DIFERENTES MEDIDAS DE RENTA Y LÍMITES DE POBREZA	144
GRÁFICO B 1.B ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA CON EL INGRESO FAMILIAR PER CÁPITA (LÍNEA DE POBREZA 5 USD AL DÍA)	145



Cuadros

CUADRO 1 PRINCIPIOS CLAVE RECTORES DE LAS REFORMAS.....	xxi
CUADRO 2.1 TASAS DE PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA LABORAL Y DE EMPLEO FORMAL (ENTRE PARÉNTESIS) DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD (%), 2019.....	17
CUADRO 2.2 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, 2013-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE).....	35
CUADRO 2.3 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), POR NIVEL DE EDUCACIÓN 2012-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE).....	35
CUADRO 2.4 PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES QUE EXPERIMENTARON DISCRIMINACIÓN POR EDAD EN COSTA RICA (%), 2018.....	38
CUADRO 3.1 CRITERIOS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	71
CUADRO 3.2 CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS ÍNDICES DE COBERTURA Y CALIDAD DE LAS PENSIONES, LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	75
CUADRO 3.3 ÍNDICE DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE).....	78
CUADRO 5.1 PRINCIPIOS NORMATIVOS CLAVE DE LA REFORMA.....	101
CUADRO B.1 ENCUESTAS DE HOGARES Y TRABAJO UTILIZADAS PARA CALCULAR EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA.....	142
CUADRO B.2 TASAS DE POBREZA, ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE E ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA, POR PAÍS, 20199.....	143
CUADRO D.1 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES (POR CADA 100,000 PERSONAS) EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, POR CAUSA, 2010-2019.....	150
CUADRO D.2 FACTORES DE RIESGO POR PAÍS Y GRUPO DE EDAD (%).....	150
CUADRO D.3 PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES QUE RECIBEN TRATAMIENTO, POR GÉNERO (%).....	152
CUADRO E.1 ENTREVISTAS A EXPERTOS: NÚMERO DE RESPUESTAS POR PAÍS.....	155
CUADRO F.1 GASTO ACTUAL Y FUTURO EN PENSIONES, SALUD (PRIVADA Y PÚBLICA) Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, POR PAÍS, COMO PORCENTAJE DEL PIB (%).....	157



ENVEJECER
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES





Resumen ejecutivo

Los habitantes de América Latina y el Caribe viven ahora más tiempo y con mejor salud que en cualquier otro momento de la historia, lo que representa un logro extraordinario para la región. La esperanza de vida promedio al nacer pasó de 29 años en 1900 a 75 años en 2021, lo que constituye un notable aumento de 46 años. A pesar de que la pandemia de COVID-19 puede alterar temporalmente estas tendencias, los pronósticos indican que sus efectos serán a corto plazo y que las tendencias demográficas a largo plazo no se verán afectadas. En algunos países, la pobreza entre las personas mayores prácticamente ha desaparecido, y las naciones han aplicado políticas como la expansión de pensiones no contributivas y un mayor acceso a los servicios de salud para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

América Latina y el Caribe es la región que envejece más rápido en el mundo. Mientras que Francia tardó 67 años para que las personas mayores de 65 años pasaran de representar el 10% al 20% de la población total, se espera que la misma transición se produzca en menos de la mitad de este tiempo (29 años) en el país promedio de América Latina y el Caribe. La transición será incluso más rápida en algunos países. En Chile, por ejemplo, se espera que este cambio ocurra en solo 25 años. Para 2085, América Latina y el Caribe será la primera región en la que una de cada tres personas tendrá más de 65 años. La región de América Latina y el Caribe dispondrá de menos recursos económicos que los países de ingresos altos para hacer frente a este proceso de envejecimiento de la población.

El envejecimiento de la población pondrá a prueba los sistemas de protección social que sustentan la calidad de vida de las personas mayores e impondrá compromisos desde el punto de vista político. El envejecimiento de la población reduce la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones: los años de jubilación aumentan y la relación entre la base contributiva y los pensionados se reduce. También ejerce presión en los sistemas de salud, ya que las personas mayores tienen un mayor gasto en atención médica per cápita. Además, la tendencia aumenta la demanda de servicios de atención de larga duración, ya que las personas mayores tienen más probabilidades de perder su capacidad funcional y necesitar ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Estos retos son aún más preocupantes en América Latina y el Caribe, donde el empleo informal está muy extendido y la seguridad social y los servicios públicos son escasos, están fragmentados y, en algunos casos, carecen de financiación.

En este informe se analiza la calidad de vida de las personas mayores en América Latina y el Caribe, cómo se relaciona con las políticas de protección social y cómo estas políticas deben adaptarse al envejecimiento de la población. Se mide la calidad de vida de las personas mayores como una combinación de esperanza de vida saludable y seguridad de ingresos. En este informe, se define la protección social de las personas mayores como una combinación de pensiones, servicios de salud, y servicios de atención a la dependencia. Estas políticas están directamente relacionadas con la calidad de vida de las personas mayores (gráfico 1). Las pensiones reducen la pobreza de las personas mayores. Los servicios de salud, no solo mejoran su estado de salud, sino que reducen el riesgo de pobreza causada por gastos médicos muy altos. Los servicios de atención a la dependencia mejoran el bienestar de las personas dependientes y de sus familiares cuidadores. Estos efectos positivos de la protección social



están ampliamente documentados en la literatura. Para cada tipo de política, se evalúa el nivel de cobertura, la calidad de las prestaciones proporcionadas, y su sostenibilidad fiscal y social.

Las políticas de pensiones, salud y de atención a la dependencia están profundamente interrelacionadas, tanto de forma directa (las tres prestaciones se superponen como determinantes de las limitaciones presupuestarias de una persona) como indirecta (a través de su efecto positivo sobre la salud y la autonomía, y la consiguiente capacidad de prolongar los años de trabajo de las personas).

Por ejemplo, la suficiencia de una pensión depende de qué parte de la atención médica y de dependencia se espera que la persona mayor solvete de su bolsillo. Del mismo modo, los servicios de atención a la dependencia pueden reducir los gastos totales en atención médica al disminuir las hospitalizaciones evitables. Las intervenciones de atención médica y de envejecimiento activo que mejoren el estado de salud harán más factibles las reformas de las pensiones que aumenten la edad de jubilación. También reducirán la prevalencia de la dependencia funcional y, por consiguiente, la necesidad de servicios de atención a la dependencia de larga duración. Otras muchas políticas que no son objeto de este informe también afectan a la calidad de vida de las personas mayores. Entre ellas se encuentran las políticas relativas a los espacios urbanos, la calidad del medio ambiente, la seguridad ciudadana, y la disuasión de la discriminación hacia las personas mayores.

GRÁFICO 1. DIMENSIONES CLAVE DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Elaboración propia.



MENSAJE 1

La calidad de vida de las personas mayores ha mejorado considerablemente en las dos últimas décadas. Sin embargo, aún existen grandes diferencias tanto entre los países como dentro de ellos.

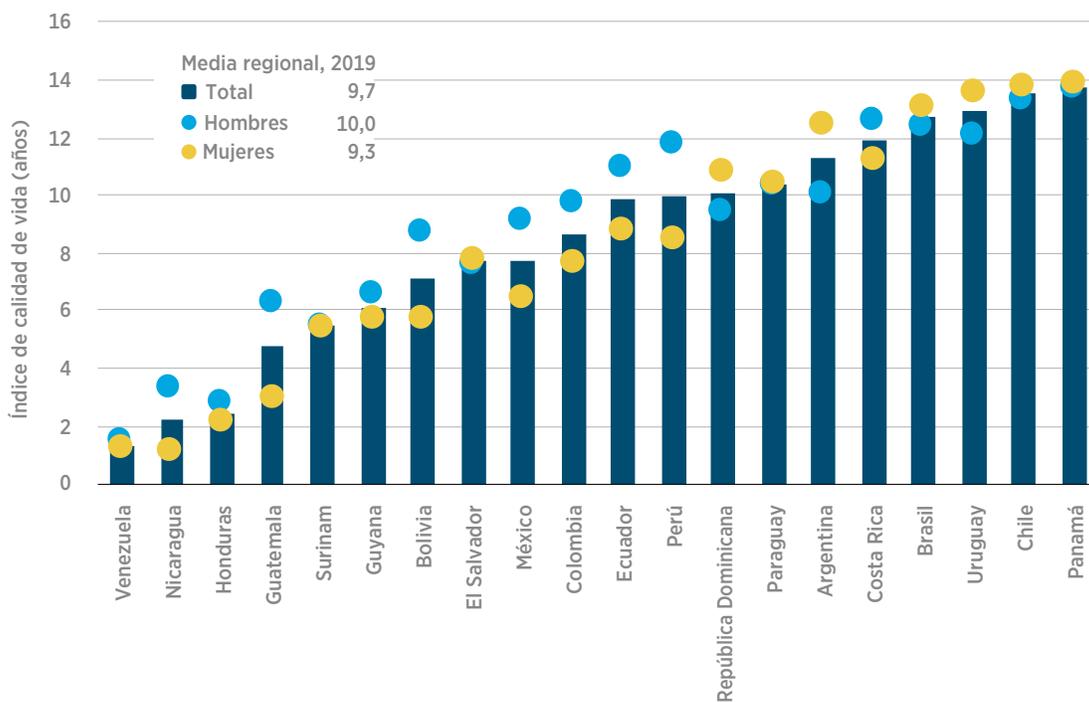
Nuestro índice de calidad de vida mide el número de años que una persona de 65 años puede esperar vivir con buena salud y sin pobreza. Este índice muestra un avance importante en la región durante las dos últimas décadas. La media regional pasó de 7,1 años en 2000 a 9,7 años en 2019, lo que supone un aumento del 37%. Alrededor del 86% de esta ganancia puede atribuirse a la reducción de las tasas de pobreza entre las personas mayores, especialmente las mujeres.

A pesar de los avances, sigue habiendo grandes diferencias entre países. En Panamá, Chile, Uruguay, y Brasil, una persona de 65 años puede esperar vivir más de 12 años en buena salud y sin pobreza, en comparación a menos de 5 en Guatemala u Honduras (gráfico 2). Estas grandes discrepancias pueden explicarse por las diferencias tanto en la esperanza de vida saludable como en las tasas de pobreza entre los países.

También existen diferencias dentro de los países, incluidas las basadas en el género. Aunque las mujeres viven más tiempo y con mejor salud, en promedio suelen estar peor posicionadas que los hombres en nuestro índice, ya que tienen más probabilidades de encontrarse en una situación de pobreza después de los 65 años (medida por los ingresos individuales). A pesar de los avances recientes, la esperanza de vida saludable y sin pobreza de las mujeres sigue siendo un año menor que la de los hombres. También hay grandes discrepancias socioeconómicas: los grupos de bajos ingresos y las minorías étnicas tienen una esperanza de vida saludable más corta. Estas diferencias podrían ser de hasta 10 años, como se encontró entre los sectores más ricos y más pobres de la ciudad de Panamá (Bilal et al., 2019). Los grupos vulnerables también son más propensos a experimentar dependencia funcional.



GRÁFICO 2 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES, POR SEXO, 2019



Fuentes: Véase el gráfico 2.1.

La seguridad de los ingresos ha mejorado en los últimos 20 años. Esta tendencia ha sido impulsada principalmente por las reformas de las pensiones y, más concretamente, por la expansión de las pensiones no contributivas. En 2019, el 21% de las personas mayores de 65 años recibía una pensión no contributiva, en comparación con un 10% en el año 2000. Este cambio redujo de forma significativa el porcentaje de personas mayores sin ingresos. En el año 2000, alrededor del 29% de las personas entre 50 y 80 años no tenían ingresos monetarios (el 16% de los hombres y el 41% de las mujeres). En 2019, este porcentaje se había reducido al 18%, aunque seguían existiendo importantes discrepancias entre géneros (10% de los hombres, en comparación con el 26% de las mujeres).

El aumento de la esperanza de vida saludable ha sido pequeño en comparación con otras regiones.

Los habitantes de América Latina y el Caribe que llegan a los 65 años pueden esperar vivir otros 18,7 años, en promedio, mientras que su esperanza de vida ajustada en función de la salud es de 13,9 años, en comparación a los 13 del año 2000. Este aumento del 6,6% está muy lejos del crecimiento del 9,8% que experimentaron los países de la OCDE durante el mismo periodo. Sin embargo, existen grandes diferencias entre los países. Por ejemplo, alrededor del 10% de los costarricenses tienen más de 65 años, y una persona de 65 años puede esperar vivir 15,1 años más con buena salud. En cambio, solo el 5% de la población haitiana tiene más de 65 años, y la persona promedio de 65 años en ese país puede esperar vivir solo 10,5 años más con buena salud. Las enfermedades crónicas son la principal razón de la pérdida de años de salud, especialmente entre los grupos socioeconómicamente vulnerables.



La disminución de la capacidad funcional también conlleva la pérdida de años de salud. En promedio, en los países de América Latina y el Caribe, el 14,4% de las personas mayores de 65 años viven en situación de dependencia funcional y necesitan ayuda para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria. En cifras absolutas, esto significa que casi 8 millones de personas mayores en la región requieren servicios de atención a la dependencia de larga duración. Según los datos actuales, la prevalencia de la dependencia funcional oscila entre el 5,3% de El Salvador y el 25,5% de México, aunque las comparaciones entre países son problemáticas debido a las diferencias en la forma en que las encuestas miden la dependencia de los cuidados. Sin embargo, algunos resultados son consistentes. En primer lugar, las tasas de dependencia funcional aumentan considerablemente con la edad, alcanzando normalmente más del 20% entre las personas mayores de 80 años. En segundo lugar, las mujeres son más propensas que los hombres a experimentar dependencia funcional, y esta diferencia de género aumenta con la edad. En tercer lugar, existe una fuerte asociación positiva entre la dependencia funcional y el padecimiento de enfermedades crónicas. Por último, existe una correlación negativa entre la prevalencia de la dependencia funcional y el nivel socioeconómico.

MENSAJE 2

Existen grandes retos en las políticas de protección social que apoyan la calidad de vida de las personas mayores. Algunos sistemas de pensiones carecen de cobertura o de prestaciones adecuadas. En algunos casos, su diseño canaliza el gasto en pensiones hacia pequeñas subpoblaciones. La cobertura de servicios de salud es generalizada, sin embargo, la calidad aún es baja y existen otros obstáculos para una cobertura efectiva. Los sistemas de atención a la dependencia son prácticamente inexistentes.

A medida que las personas envejecen, las pensiones se convierten en la principal fuente de ingresos, por lo que, para garantizar la seguridad de los ingresos, es crucial desarrollar sistemas que ofrezcan una alta cobertura y un monto de pensión adecuado. La cobertura de las pensiones en la región ha aumentado en las últimas décadas, aunque con variaciones considerables entre países. En promedio, el 69% de las personas mayores de 65 años recibe una pensión, lo que supone un gran aumento con respecto a hace 20 años, cuando el porcentaje era del 46%. Solo el 42% de los trabajadores de la región, y menos del 30% de la población en edad de trabajar, hace contribuciones a la seguridad social, por lo que las estrategias para lograr una cobertura amplia se han basado en la expansión de las prestaciones no contributivas. Aunque su cobertura se ha ampliado, la mayoría de los sistemas de pensiones ofrecen prestaciones bajas. En promedio, las pensiones representan el 42% del valor de los salarios, con grandes variaciones entre los países. Los valores más altos se encuentran en El Salvador, Paraguay, Colombia, Uruguay, y Brasil, donde las pensiones representan más del 50% del salario medio. En el otro extremo del espectro se encuentran Chile, Perú, y Bolivia, con pensiones inferiores al 30% del salario medio. En algunos países, los sistemas de pensiones están diseñados para proporcionar prestaciones relativamente generosas después de trabajar 20 años o más, lo que favorece a una pequeña parte de la población y desvía el gasto público hacia los trabajadores con ingresos altos.

A medida que la población envejece, aumenta la demanda de servicios de salud, y cambia el foco desde los servicios materno-infantil y atención a las enfermedades agudas hacia aquellos que se



centran en la prevención y el tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas. La mayoría de la población de América Latina y el Caribe tiene acceso a la atención médica. Diecinueve países de la región tienen una puntuación superior a 70 (en una escala de 1 a 100) en el Índice de Cobertura de Servicios Esenciales de la Organización Mundial de la Salud. Uruguay, Panamá, y Brasil tienen una puntuación muy cercana a la media de la OCDE, que es de 80. Solo Guatemala y Haití tienen puntuaciones inferiores a 60. Sin embargo, existen pruebas de que las personas mayores de la región aún se enfrentan a importantes obstáculos para la cobertura formal y el acceso efectivo a los servicios de salud. Además, la calidad de la atención es a menudo deficiente y desigual, sobre todo en lo que respecta al tratamiento de las enfermedades crónicas. Para evaluar la calidad de la atención médica utilizamos el Índice de Acceso y Calidad de la Atención Médica desarrollado por el *Institute for Health Metrics and Evaluation*. En general, los países de América Latina y el Caribe tienen una puntuación promedio de 62, muy por debajo de la media de la OCDE, que es de 86, pero algo superior a la media mundial, que es de 54. Chile y Costa Rica poseen las puntuaciones más altas, con 78 y 74, respectivamente. Por otro lado, Haití y Bolivia tienen las puntuaciones más bajas, con 32 y 49, respectivamente.

Los servicios públicos de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe suelen tener una cobertura y una calidad bajas, y la mayor parte de las responsabilidades de cuidados recae en las mujeres de los hogares. Argentina y Costa Rica destacan como los países con cobertura más amplia, donde se estima que el 20% de las personas mayores con dependencia reciben servicios de atención financiados con fondos públicos. Cuando pueden permitírselo, los hogares pagan de su bolsillo los servicios privados para compensar la baja cobertura de los servicios públicos. Los servicios de atención a la dependencia de la región, cuando existen, suelen ser de baja calidad debido a la falta de normas y a la debilidad de los mecanismos de regulación y control, entre otros factores. Las políticas de recursos humanos centradas en la formación y acreditación de competencias, así como en la mejora de las condiciones de trabajo de los cuidadores, son fundamentales para promover la calidad, ya que los trabajadores de los cuidados son la columna vertebral de los buenos servicios. Muy pocos países de la región (Argentina, Chile, y Uruguay) cuentan con requisitos obligatorios de formación o certificación de recursos humanos, pero incluso en esos países solo una pequeña parte de la mano de obra cumple los requisitos de formación.

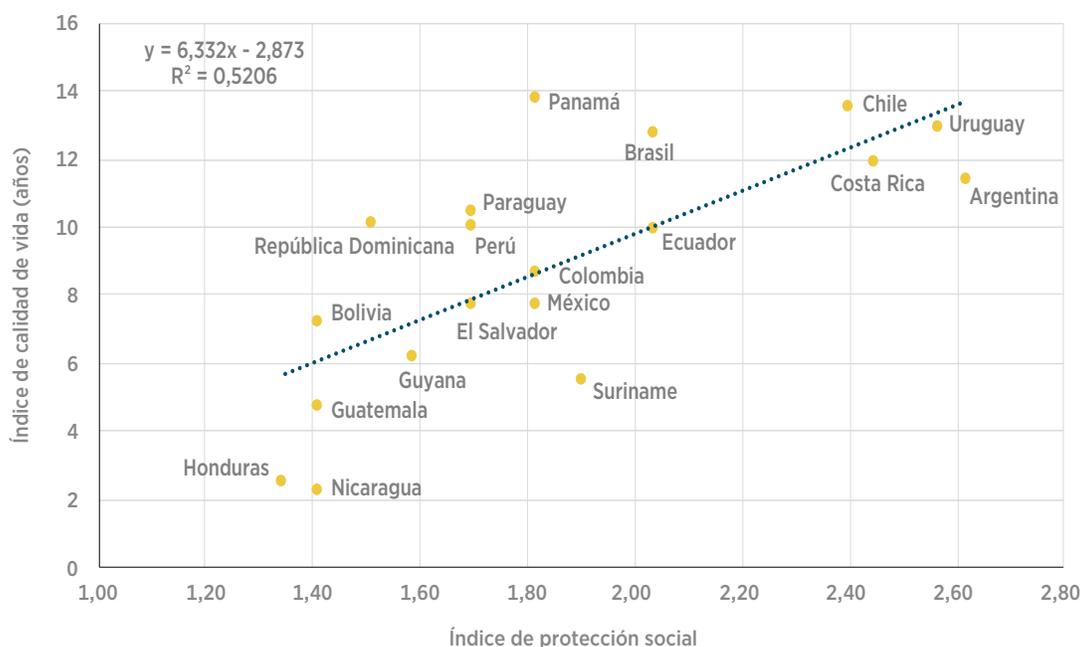
MENSAJE 3

Los países con sistemas de pensiones, de salud, y de atención a la dependencia más desarrollados obtienen una mayor puntuación en el índice de calidad de vida de las personas mayores.

La esperanza de vida saludable sin pobreza a los 65 años es seis años mayor en los países con altos niveles de protección social que en los países con niveles bajos, según un índice que combina la cobertura y la calidad de las pensiones, los servicios de salud y atención a la dependencia. Argentina, Uruguay, Costa Rica, y Chile tienen los niveles de protección social más altos de la región (gráfico 3). La mayoría de los países obtienen los mejores resultados en el área de pensiones, le siguen los servicios de salud (en la que la cobertura por lo general es más amplia que la calidad), y los servicios de atención a la dependencia (en la que la mayoría de los países obtienen resultados deficientes, tanto en cobertura como en calidad, debido al escaso desarrollo de los sistemas).



GRÁFICO 3 CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2019



Fuente y notas: Véase el gráfico 3.11.

MENSAJE 4

Las políticas de protección social para las personas mayores se enfrentarán a enormes presiones de sostenibilidad, tanto fiscal como social, en las próximas décadas, lo que pone de manifiesto la necesidad de equilibrar el gasto público de forma que beneficie a las distintas generaciones.

Se espera que el gasto en protección social para las personas mayores aumente rápidamente debido al envejecimiento de la población.

El gasto global en pensiones, servicios de salud (tanto públicos como privados, para todas las edades), y servicios de atención a la dependencia de larga duración aumentará del 11,7% del producto interior bruto (PIB) en 2020 al 18,9% del PIB en 2050. Alrededor del 48% de este crecimiento será impulsado por las pensiones, que se prevé aumenten del 3,9% del PIB en 2020 al 7,4% en 2050. El gasto en servicios de salud pasará del 7,4% al 10,2%. La mayor parte de este aumento será impulsado por el gasto en atención médica a las personas mayores de 65 años, que se prevé que crezca del 2,2% del PIB en 2020 al 4,8% en 2050, mientras que el gasto en personas menores de 65 años se

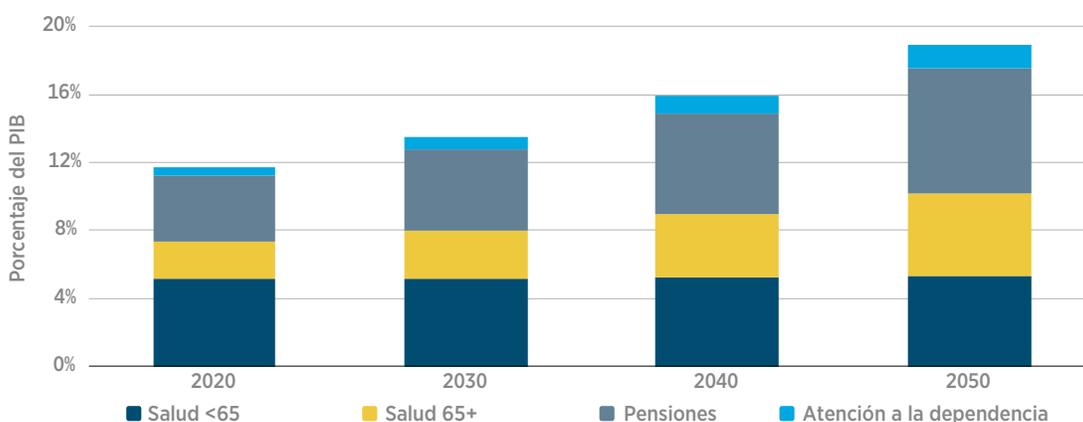


mantendrá relativamente constante en aproximadamente el 5% del PIB. Además, se espera que en los próximos años aumente la presión para desarrollar servicios de atención a la dependencia, lo que podría agravar la presión fiscal. Si el gasto en protección social no puede mantenerse, esto puede afectar de forma negativa la calidad de vida de las personas mayores

El crecimiento previsto del gasto en protección social varía considerablemente de un país a otro.

En algunos países, como Brasil, Costa Rica, y Argentina, se espera que el gasto aumente en más del 8% del PIB hacia 2050. Otros países, como Paraguay, Perú, o República Dominicana, experimentarán un aumento del gasto inferior al 5% del PIB.

GRÁFICO 4 EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PENSIONES, SERVICIOS DE SALUD, Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA COMO PORCENTAJE DEL PIB (%), 2020-2050



Fuente y notas: Véase el gráfico 4.5.

El aumento del gasto en protección social para las personas mayores no es el único escenario futuro posible.

Los países pueden optar por reducir los beneficios de pensiones, ajustar la calidad de los servicios sanitarios, o limitar el desarrollo de los sistemas de atención a la dependencia. Las proyecciones de gasto de este informe suponen que los países mantienen constante el monto de las pensiones (en relación con los salarios), adaptan la atención médica a las tendencias tecnológicas y epidemiológicas, y amplían los servicios de atención a la dependencia. Sin embargo, estos supuestos no deben darse por sentados. Los países pueden carecer de espacio fiscal o de consenso político para seguir este camino. Las pensiones y el gasto en atención médica podrían tener que ajustarse considerablemente. Por ejemplo, las tasas de reemplazo en los sistemas contributivos de pensiones tendrían que disminuir a más de la mitad, del 55% en 2020 al 24% en 2050, para que el gasto como porcentaje del PIB se mantuviera constante. Estos ajustes pueden tener un impacto importante en la calidad de vida de las personas mayores y plantear retos sociales. Las tensiones entre la sostenibilidad fiscal y la social serán una fuerza central en la elaboración de políticas.



Todas las reformas tendrán que sopesar las compensaciones entre el bienestar y el gasto entre generaciones. En promedio, las tasas de pobreza entre los niños (0-17 años) son 17 puntos porcentuales más altas que entre las personas mayores. En Argentina y Brasil, donde la pobreza entre las personas mayores ha sido casi erradicada, los niños todavía se enfrentan a tasas de pobreza superiores al 30%. El envejecimiento de la población puede crear presiones para reducir el gasto en los grupos más jóvenes, a pesar de sus mayores tasas de pobreza, para gastar más en la protección social de las personas mayores. Dada la tendencia demográfica actual, la inacción no hará más que acentuar la inclinación del gasto público hacia las personas mayores.

MENSAJE 5

La región necesita cambios considerables en las políticas para afrontar el reto del envejecimiento de la población. Estos cambios incluyen la reforma del sistema de pensiones y de salud, así como el desarrollo de sistemas de atención a la dependencia, todo adoptando un enfoque holístico en el que los tres ámbitos de políticas se diseñen y se apliquen de manera conjunta para aumentar la calidad y la eficiencia.

Los retos futuros exigirán cambios importantes en los sistemas individuales (pensiones, salud, y atención a la dependencia). Pero el diseño de la protección social resultante también tendrá que garantizar un enfoque holístico para aumentar la calidad y la eficiencia del gasto. Los países tendrán que reformar los sistemas de salud y atención a la dependencia para aumentar la cobertura y la calidad, y hacer que el gasto en pensiones sea más equitativo entre los grupos socioeconómicos, con el objetivo global de hacer más sostenible la protección social en general. Los responsables políticos deben considerar las sinergias y compensaciones entre los tres ámbitos. Por ejemplo, las reformas de pensiones destinadas a mejorar la sostenibilidad fiscal mediante la reducción de las prestaciones que reciben algunos grupos tienen más probabilidades de ser aceptadas por la sociedad si van acompañadas de una mejora de la cobertura y la calidad de la atención médica y de los servicios de atención a la dependencia. Las reformas a los sistemas de salud y de atención a la dependencia también deberían coordinar los servicios prestados por ambos sectores, lo que está demostrado que aumenta la eficiencia. Cada país tendrá diferentes puntos de partida y desafíos. El presente informe ofrece principios rectores para dichas reformas (cuadro 1).

La complejidad de las reformas varía según los países. El escenario más complejo es el de los países que necesitan aumentar la cobertura en los tres ámbitos de protección social y, al mismo tiempo, mejorar la calidad y contener los costos. Se trata de países con prestaciones de jubilación elevadas que llegan a una parte muy pequeña de la población, con una cobertura y una calidad de la atención médica bajas, y donde los sistemas de atención a la dependencia son inexistentes. En cambio, las reformas pueden ser más fáciles de aplicar en países con niveles de cobertura y calidad relativamente altos, y niveles de gasto actual más modestos en relación con el ingreso nacional y los ingresos tributarios.

Al analizar las reformas en materia de protección social para las personas mayores, este informe hace importantes contribuciones a la Visión 2025 (BID, 2021b), la visión del Banco Interamericano de Desarrollo para una recuperación económica sostenible e inclusiva después de la crisis del COVID-19.



En él se analizan las políticas destinadas a: (i) promover el progreso social a través de mejores sistemas de protección social; (ii) fortalecer la buena gobernanza y la fortaleza de las instituciones, a través de la eficiencia del gasto y la mejora de los efectos redistributivos de las políticas tributarias y de gasto, así como a través de una sostenibilidad fiscal que apoye el crecimiento económico equitativo; (iii) reforzar la igualdad de género, ya que las mujeres constituyen la mayoría de las personas mayores y de los cuidadores de personas mayores, y suelen tener menos acceso a las pensiones.

Este informe está organizado de la siguiente manera: en la sección 1, analizamos la velocidad de la transición demográfica en los diferentes países de la región. En la sección 2, evaluamos la calidad de vida de las personas mayores y clasificamos los países en función de un índice de calidad de vida. En la sección 3, analizamos la cobertura y la calidad de las pensiones, los sistemas de salud, y los servicios de atención a la dependencia. Calculamos un índice de protección para cada una de estas áreas y combinamos los tres índices para calcular un índice global de cobertura y calidad de la protección social en cada país. Asimismo, en la sección 3, analizamos la correlación entre calidad de vida de las personas mayores y protección social. Este informe es el primero que elabora un índice global de protección social para las personas mayores en varios países de América Latina y el Caribe. En la sección 4, analizamos la sostenibilidad de las actuales políticas de protección social. En primer lugar, examinamos la sostenibilidad de cada área (pensiones, salud, atención a la dependencia) y, a continuación, evaluamos la sostenibilidad del gasto total. Incluimos un ejercicio de evaluación comparativa con países de ingreso alto de fuera de la región. Por último, en la sección 5 se exponen las reformas políticas necesarias para hacer frente al rápido envejecimiento de la población, destacando las sinergias y compensaciones entre las pensiones, los sistemas de salud, y los sistemas de atención a la dependencia.



CUADRO 1 PRINCIPIOS CLAVE RECTORES DE LAS REFORMAS

	Pensiones	Sistemas de salud	Atención a la dependencia
Reformas sistémicas	Gobernanza para la calidad		
	Diseño conjunto de las prestaciones		
	Desvinculación parcial de las prestaciones respecto al empleo formal		
	Coordinación de los servicios de salud y atención a la dependencia		
	Desarrollo de las instituciones para que informen y orienten las políticas para una población que envejece		
	Inclusión de consideraciones de género que cierren las brechas de cobertura y calidad		
Principales reformas por sector	Redefinición de los objetivos y parámetros de las pensiones	Mejora de la equidad financiera	Desarrollo del marco jurídico y financiero
	En algunos casos, aumento de las pensiones no contributivas e integración de los sistemas	Reorganización de los sistemas para abordar el nuevo perfil epidemiológico	Establecimiento de criterios de elegibilidad, incluyendo mecanismos de evaluación de la dependencia funcional
	Promoción del empleo formal	Adopción de un enfoque centrado en la persona y la comunidad	Definición de la combinación de servicios
	Promoción del ahorro voluntario	Fortalecimiento de la atención primaria	Establecimiento y supervisión de normas de calidad
	Medidas para reducir las discrepancias de género en la cobertura y suficiencia de las pensiones	Fortalecimiento de la educación, la prevención, y la promoción de la salud	Desarrollo de recursos humanos calificados
		Tratamiento de las diferencias de género	Promoción de servicios preventivos de la dependencia
		Fortalecimiento de los recursos humanos (en número y competencias)	Promoción de las iniciativas del sector privado
		Tratamiento de las diferencias de género, mejorando las condiciones de trabajo, proporcionando servicios de respiro, fomentando la división de responsabilidades entre géneros	

Fuente: Elaboración propia.



ENVEJECER
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES





1

América Latina y el Caribe envejecen rápidamente

Las generaciones actuales viven más tiempo y con mejor salud que nunca, lo que supone un logro extraordinario. En América Latina y el Caribe la esperanza de vida al nacer promedio ha pasado de 29 años en 1900 a 75 años en 2021, un notable aumento de 46 años (PNUD, 2019). El progreso social y económico está llevando gradualmente a todos los países hacia tasas de natalidad y mortalidad más bajas, lo cual se traduce en un mayor porcentaje de personas mayores.

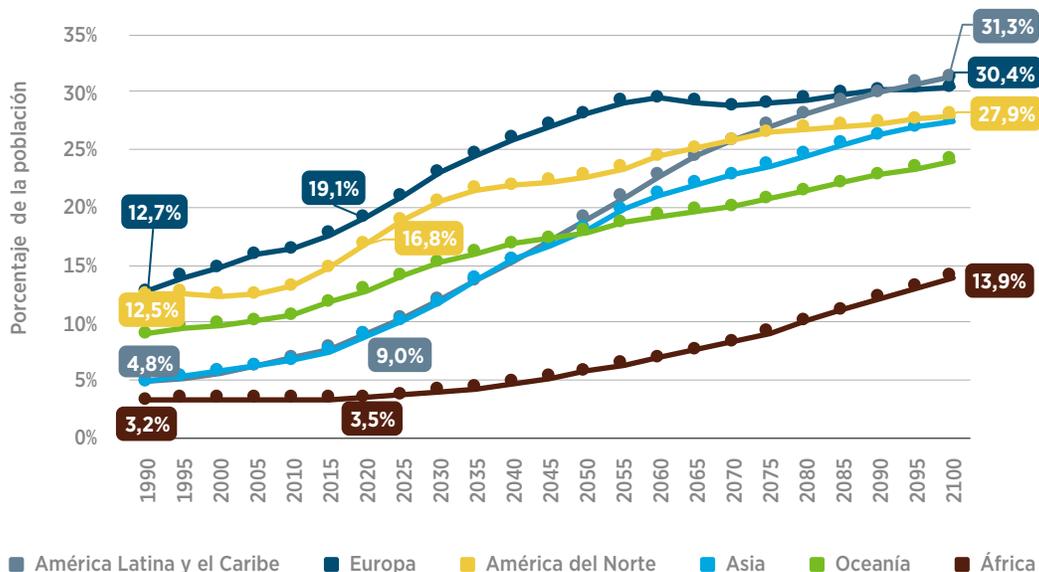
América Latina y el Caribe está envejeciendo más rápido que cualquier otra región del mundo, por lo que el envejecimiento de la población que ya ha experimentado no es un buen vaticinio de los retos que se avecinan. Entre 1990 y 2020, el porcentaje de la población mayor de 65 años en la región aumentó en 4,2 puntos porcentuales, pasando del 4,8% al 9% actual. En la actualidad, el porcentaje de personas mayores en la región es similar al promedio mundial (9,3%), y considerablemente inferior al de los países de ingreso alto de Europa (19,1%) o Norteamérica (16,8%). Sin embargo, el envejecimiento de la población es más rápido en América Latina y el Caribe que en cualquier otro lugar. Europa tardó 56 años para que el porcentaje de población mayor de 65 años pasara del 10% al 20%. En América Latina y el Caribe, esta transición se producirá en la mitad de tiempo (PNUD, 2019). En 2091, América Latina y el Caribe y Europa serán las únicas regiones del mundo donde más del 30% de la población tendrá 65 años o más (gráfico 1.1).¹

La pandemia de COVID-19 no altera este patrón demográfico. La mortalidad por COVID-19 es mayor entre las personas mayores, y el número de muertes en la región durante 2020 fue considerablemente más alto que en años anteriores. La pandemia demostró que la salud física y mental de las personas mayores, así como sus redes de apoyo social, son vulnerables a los efectos de las crisis. Sin embargo, los datos del pasado revelan que las pandemias solo han alterado de forma temporal las tendencias a largo plazo de la fecundidad y la longevidad, y las proyecciones sugieren que el COVID-19 también tendrá un impacto pequeño (Wilson et al., 2021).

1. Calculado con datos de población de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2019: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Probabilistic/Population/>



GRÁFICO 1.1 PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN (%), 1990-2100



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2019, estimaciones de variante media. .

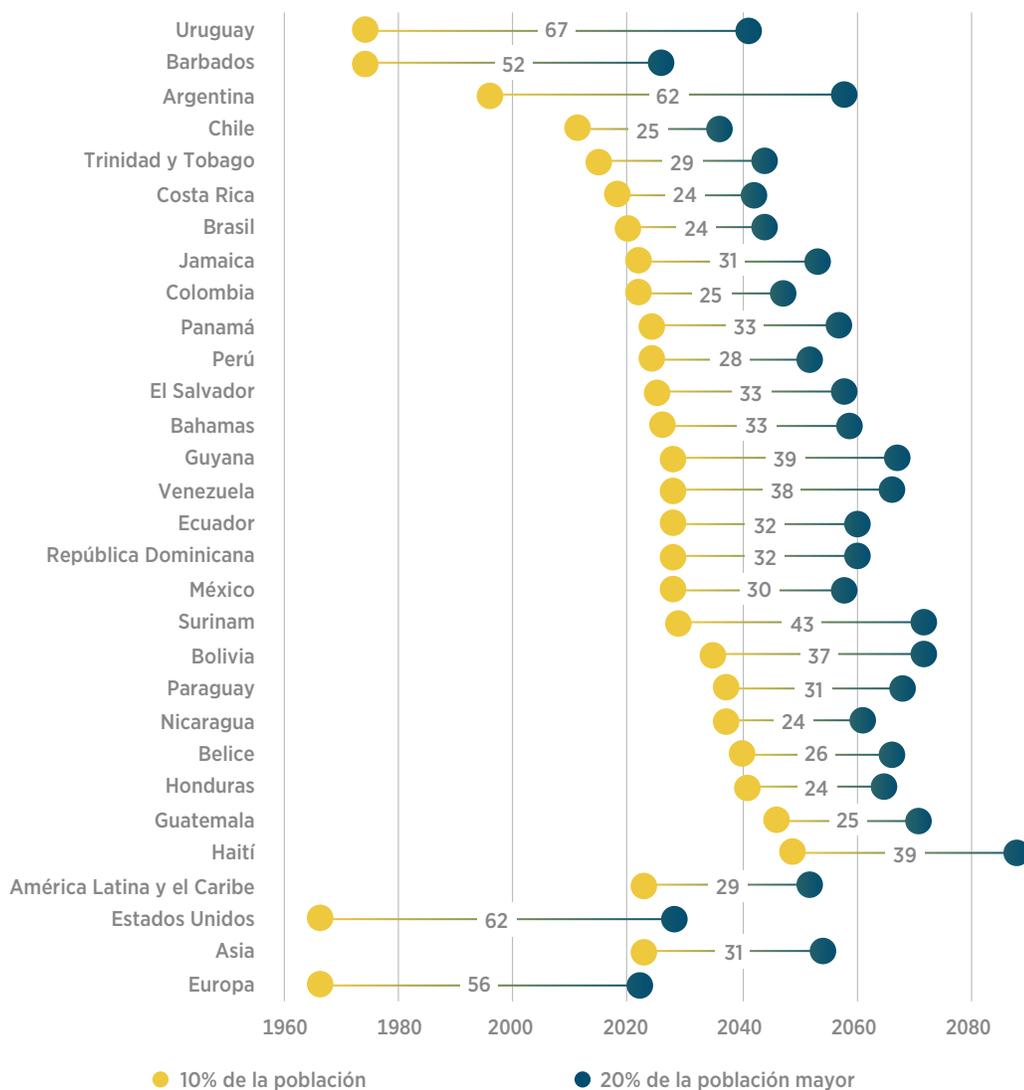
Notas: Para llegar a estas cifras, utilizamos las proyecciones para la región de América Latina y el Caribe, calculada por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2019, que incluye el Caribe, América Central y América del Sur. En el Anexo 1.A se enumeran todos los países utilizados en los cálculos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2019.

La situación y la velocidad del envejecimiento de la población varían ampliamente entre los países de la región (gráfico 1.2).

Algunos, como Barbados o Uruguay, ya tienen un alto porcentaje de personas mayores. Su proceso de envejecimiento comenzó antes que el de otros países de la región y ha sido relativamente lento. El porcentaje de personas mayores de 65 años tardará entre 50 y 60 años en pasar del 10% al 20%. Este plazo es similar al de un país europeo medio. Otros países de la región, como Brasil, Costa Rica, o Chile, han envejecido recientemente y a un ritmo acelerado. Un tercer grupo, que incluye a Ecuador, República Dominicana, México, y Surinam, tiene todavía una población relativamente joven, pero que envejecerá pronto y muy rápidamente. En general, el envejecimiento de la población es más rápido en los países en los que la transición demográfica comenzó después. Estos países tendrán menos tiempo para adaptar su estructura social y productiva, así como sus políticas públicas, a los nuevos retos que plantea el envejecimiento de la población.



GRÁFICO 1.2 NÚMERO DE AÑOS NECESARIOS PARA QUE EL PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS PASE DEL 10% AL 20%.



Fuente y notas: Véase el gráfico 1.1.



La propia población mayor envejecerá cada vez más a medida que aumente el porcentaje de personas mayores de 80 años. El desarrollo económico y social, así como los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, han ampliado considerablemente la esperanza de vida, aunque en ocasiones la salud de las personas no sea óptima en estos años adicionales (véase la sección 3.3). Entre 1990 y 1995, en promedio, una persona de 65 años en América Latina podía esperar vivir 16 años más. De 2015 a 2020, esta cifra alcanzó los 18 años, y se espera que aumente a 21 años hacia 2050-2055 (PNUD, 2019). La esperanza de vida a los 80 años crece aún más rápido en términos relativos, pasando de siete años en 1990-1995 a nueve años en 2015-2020. Se prevé que alcance los 11 años en 2050-2055. Como resultado, las personas mayores de 80 años constituyen un porcentaje cada vez más importante de la población de edad avanzada, esperándose que crezca desde una media regional del 21% en 2020 hasta 29% en 2050 y 43% en 2100 (PNUD, 2019).

Las mujeres viven más que los hombres. Es un hecho bien documentado que las mujeres viven más que los hombres, prácticamente en todo el mundo. En América Latina y el Caribe, la esperanza de vida al nacer es de 78,5 años para las mujeres y de 72 años para los hombres, una diferencia de más de seis años (PNUD, 2019). Esta brecha de género disminuye a 2,8 años a los 65 años, y a 1,4 años a los 80 años.

El envejecimiento también tiene una dimensión socioeconómica. La esperanza de vida está positivamente correlacionada con los ingresos y otros indicadores socioeconómicos como la educación (Wilkinson y Marmot, 2003). Los datos para la región son escasos, pero un estudio reciente basado en una encuesta realizada en seis grandes ciudades de América Latina y el Caribe² confirma las desigualdades socioeconómicas de la longevidad (Bilal et al., 2019).

La fecundidad está disminuyendo y las familias serán más pequeñas. La tasa de fecundidad en América Latina y el Caribe descendió de un promedio de 5,8 nacimientos por mujer en 1950 a menos del valor necesario para mantener la población constante (2,1) en 2020. Se prevé que siga disminuyendo hasta alcanzar un valor estable de 1,7³ nacimientos por cada mujer. Esto significa que la persona promedio nacida en la década de 1940 (con 80 años en la actualidad) tiene seis hijos y aproximadamente 24 nietos. Una persona nacida en la década de 1980 (con 40 años hoy) solo tendrá un promedio de dos hijos y cuatro nietos. El menor tamaño de las familias implica que la red de parientes cercanos que generalmente brindan atención a las personas mayores que las necesitan para realizar sus actividades se está reduciendo. En un contexto en el que los sistemas formales de atención a la dependencia son incipientes, este cambio podría hacer crecer el porcentaje de personas mayores con necesidades de cuidados no cubiertas.

A medida que la población envejece, la fuerza de trabajo potencial pronto empezará a disminuir. Durante las últimas cuatro décadas, la región tuvo la oportunidad de cosechar los beneficios de un dividendo demográfico. Entre 2000 y 2015, cerca del 60% del crecimiento económico de la región se debió a un aumento de la población en edad de trabajar (entre 20 y 64 años), más que a incrementos de la

2. Las ciudades incluidas en el estudio fueron Buenos Aires (Argentina), Belo Horizonte (Brasil), Santiago (Chile), San José (Costa Rica), Ciudad de México (México) y Ciudad de Panamá (Panamá).

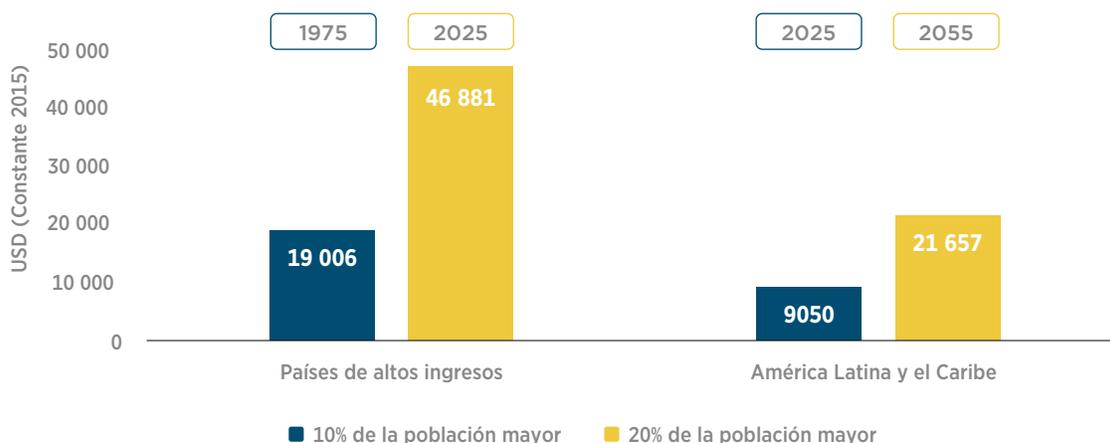
3. Basado en Naciones Unidas, Perspectivas de la población mundial. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>



productividad (Alaimo et al., 2015). El envejecimiento pronto empezará a agotar este dividendo. Se espera que la población en edad de trabajar como porcentaje de la población total en la región crezca solo ligeramente durante la próxima década, del 59,0% en 2020 al 59,5% en 2030. A partir de ese momento, se espera que este grupo de edad se reduzca, y la población mayor se convertirá en el único grupo de edad que crecerá en términos relativos (PNUD, 2019). En promedio, la relación entre las personas mayores de 65 años y los individuos en edad de trabajar pasó del 9,9% en 1990 al 15,2% en 2020, y se espera que alcance el 32,8% en 2050 y el 48% en 2070. Esto significa que mientras que en 2020 había aproximadamente seis personas de 20 a 64 años por cada persona mayor, en 2070 habrá alrededor de dos.

Como resultado de estas tendencias demográficas, América Latina y el Caribe envejecerá antes de alcanzar altos ingresos. La región afrontará su proceso de envejecimiento en una peor situación económica que los países de ingreso alto. Estos países tenían un PIB per cápita medio de 19.000 USD (dólares constantes de 2015) cuando el porcentaje de la población mayor de 65 años alcanzó el 10% en 1975. Cuando América Latina y el Caribe alcance este hito, justo antes de 2025, su PIB per cápita medio será de solo 9000 USD. Salvo que sucedan cambios drásticos en las tendencias demográficas o económicas, la región alcanzará el siguiente hito poblacional (20% de la población mayor de 65 años) con menos de la mitad del PIB per cápita de los países de altos ingresos (gráfico 1.3).

GRÁFICO 1.3 PIB PER CÁPITA EN EL AÑO EN QUE EL PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES ALCANCE EL 10% Y EL 20% (DÓLARES CONSTANTES DE 2015)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de población de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas 2019, datos del PIB del Banco Mundial y estimaciones de crecimiento de Perspectivas de la Economía Mundial 2020 del Fondo Monetario Internacional.

Notas: Las cifras se han calculado utilizando los agregados para América Latina y el Caribe de los datos de cada institución. La lista de todos los países incluidos en esta región por Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional se encuentra en el Anexo 1.A. La cifra para 2025 se calcula con base en el valor del Banco Mundial para 2020, aplicando las estimaciones de crecimiento del Fondo Monetario Internacional. A partir de 2026, se estima una tasa de crecimiento del 3% anual para América Latina y el Caribe.



El envejecimiento será uno de los principales motores de las políticas públicas en las próximas décadas. Los países se verán impulsados a aplicar políticas que garanticen el bienestar de la población mayor, cuyo número va en aumento, sin poner en peligro otras necesidades de desarrollo. Más concretamente, el envejecimiento de la población ejercerá presión sobre el gasto en pensiones, salud, y servicios de atención a la dependencia. Actualmente, las pensiones y los servicios de salud representan el 35% del gasto público en la región. Sin reformas, Panadeiros y Pessino (2018) predicen que este porcentaje crecerá hasta el 80% en 2065, desplazando otros gastos e inversiones sociales. Los países de América Latina y el Caribe deberán implementar reformas que mejoren y garanticen la sostenibilidad de su gasto en protección social. Dadas las tendencias de población y de gasto, un objetivo general clave será encontrar eficiencias en cada conjunto de políticas y complementariedades entre ellas.





2

La calidad de vida de las personas mayores está mejorando, pero muchos países aún están atrasados

2.1 Un nuevo índice de calidad de vida de las personas mayores

En esta sección analizamos la calidad de vida de las personas mayores. Para facilitar las comparaciones entre países y dentro de ellos, creamos un índice para medir el progreso de la región en las últimas décadas y destacar las diferencias actuales entre países. Este índice combina en forma simple tres dimensiones: (i) longevidad (una persona está mejor cuando vive más tiempo); (ii) estado de salud (una persona está mejor cuando vive con buena salud); y (iii) ingresos (una persona está mejor cuando vive sin pobreza). Reconocemos que se trata de un índice simplificado, que incluye solo algunas de las dimensiones importantes de la calidad de vida de las personas mayores. También realizamos un análisis detallado de la participación en el mercado de trabajo, la carga de enfermedades, la prevalencia de la dependencia funcional, y las actitudes de discriminación por edad hacia las personas mayores. Sin embargo, estos factores no se incluyen en el índice de calidad de vida, ya sea para evitar la doble contabilización (por ejemplo, la carga de enfermedades y la dependencia funcional ya se reflejan en el indicador de esperanza de vida saludable) o porque no se dispone de datos para todos los países (como es el caso de la discriminación por edad). Debido a la falta de datos, no analizamos otros dominios de la calidad de vida, como la satisfacción con la vida o la inclusión y participación social. Aunque con limitaciones, nuestro índice es replicable entre países y a lo largo del tiempo, y constituye un punto de partida útil sobre el que seguir construyendo a medida que se disponga de más datos.

Definimos nuestro índice simple de calidad de vida como el número de años que una persona de 65 años puede esperar vivir con buena salud y sin pobreza. La fórmula del índice es:

$$(1) \quad QI_{65+,j} = (1 - P_{65+,j}) * HLE_{65+,j}$$

Donde : $QI_{65+,j}$ es el índice de calidad de vida de las personas mayores de 65 años en el país j ; $P_{65+,j}$ es el porcentaje de personas mayores de 65 años en el país j cuyos ingresos están por debajo del umbral de pobreza internacional de 5 USD al día, en términos de paridad de poder adquisitivo (2011), según los



datos de las encuestas nacionales de hogares; $(1 - P_{65+,j})$ es el porcentaje de la población que vive sin pobreza; y $HLE_{65+,j}$ es la esperanza de vida saludable a los 65 años en el país j . El indicador se expresa en años y lo publica el *Institute for Health Metrics and Evaluation*.

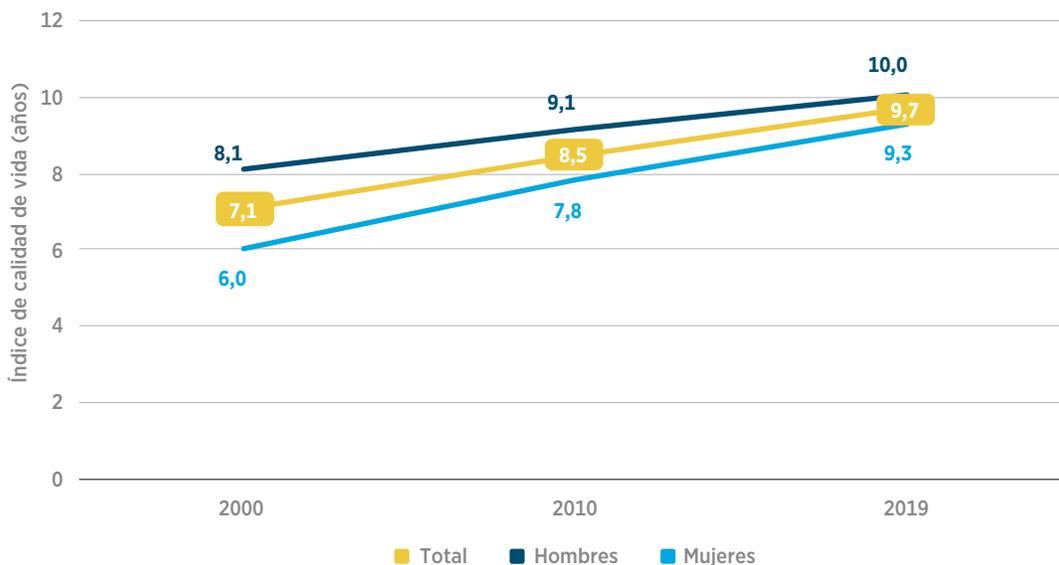
2.2 Tendencias en la calidad de vida de las personas mayores y variaciones entre países

En las últimas dos décadas, América Latina y el Caribe ha logrado importantes avances en la calidad de vida de las personas mayores. Según nuestro índice, las personas mayores de la región viven más tiempo con mejor salud y menos pobreza que hace 20 años. En el año 2000, una persona promedio de 65 años podía esperar vivir 7,1 años con buena salud y sin pobreza. En el año 2019, este indicador había aumentado un 37%, hasta los 9,7 años (gráfico 2.1). Alrededor del 86% de esta ganancia es atribuible a un descenso de las tasas de pobreza entre las personas mayores (del 48% al 34%).⁴ Las mejoras en la esperanza de vida saludable a los 65 años durante el mismo período han sido, en comparación, más modestas, pasando de 13,3 en el año 2000 a 13,9 en 2019 (gráfico 2.2). Los avances en la esperanza de vida saludable a edades avanzadas han sido más pronunciados en los países de ingresos altos, donde el indicador aumentó en más de un punto en el mismo período, de 13,6 a 14,9.

4. La pobreza suele medirse a nivel de hogar a través de los ingresos per cápita del mismo. Según este enfoque, todos los miembros del hogar son pobres o no. En los últimos años, algunos autores han cuestionado la homogeneidad del bienestar dentro de un hogar y han demostrado, por ejemplo, que las mujeres y los niños pobres y desnutridos suelen encontrarse también en hogares no pobres (Brown et al., 2017). Siguiendo la misma línea de pensamiento, en este informe medimos la pobreza entre las personas mayores comparando los ingresos individuales con una línea de pobreza internacional de 5 USD al día, después de ajustar respecto al poder adquisitivo. Esto nos permite observar los ingresos de las personas mayores independientemente de la composición del hogar y analizar de manera significativa las diferencias de género en la pobreza entre las personas mayores.



GRÁFICO 2.1 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, POR SEXO, 2000-2019



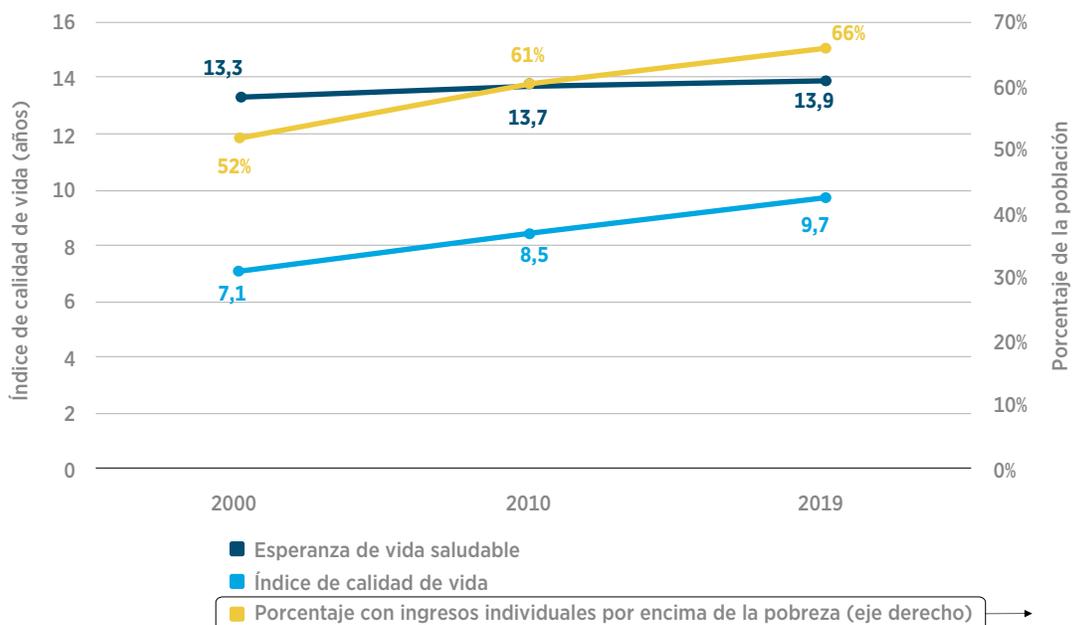
Fuente: Elaboración propia con base en (i) datos sobre la esperanza de vida ajustada en función de la salud del estudio de carga global de enfermedades del *Institute for Health Metrics and Evaluation*; (ii) datos sobre la pobreza entre las personas mayores de las Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas: El promedio regional incluye datos de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, Paraguay, El Salvador, República Dominicana, y Uruguay. Los siguientes países no se incluyeron en el promedio regional debido a la falta de datos para 2019: Belice (2007), Haití (2012), Jamaica (2014), Nicaragua (2014), Bahamas (2014), Trinidad y Tobago (2015), Barbados (2016), Guyana (2017), y Surinam (2017). Venezuela también se excluye del promedio porque su aumento exponencial de la pobreza desde 2015 (hasta el 95,1% en 2019) afectaría de forma significativa al promedio regional en 2019. El promedio regional es el promedio no ponderado de los valores de los países. La esperanza de vida saludable a los 65 años es el cálculo para las personas de 65 a 69 años. La tasa de pobreza es el porcentaje de personas cuyos ingresos individuales diarios están por debajo del umbral de 5 USD (paridad de poder adquisitivo, 2011).

Una parte importante de la tendencia se debe a la mejora de la calidad de vida de las mujeres. Es bien sabido que, en promedio, las mujeres viven más tiempo y con mejor salud que los hombres. En el año 2000, se esperaba que una mujer de 65 años viviera 1,45 años más de vida saludable que un hombre de la misma edad (14,03 en comparación a 12,58). Sin embargo, las mujeres también tienen más probabilidades de caer en la pobreza cuando envejecen, porque tienen menos acceso y niveles más bajos de pensiones y otras fuentes de ingresos. En el año 2000, solo el 42% de las mujeres de América Latina y el Caribe tenían ingresos individuales superiores al umbral de pobreza (en comparación con el 64% de los hombres). En consecuencia, en el año 2000 las mujeres de la región podían esperar vivir 6 años en condiciones saludables y sin pobreza, a diferencia de 8,1 años en el caso de los hombres, con una notable diferencia de dos años. En 2019, esta brecha se había reducido a menos de un año: las mujeres podían esperar vivir 9,3 años en condiciones saludables y sin pobreza, en comparación a los 10 años en el caso de los hombres (gráfico 2.2). Esta mejora para las mujeres se vio impulsada tanto por el aumento de la brecha en la esperanza de vida saludable (que alcanzó 1,6 años) como por el espectacular aumento en el porcentaje de mujeres con niveles de ingresos superiores al umbral de pobreza (del 42% al 59%).



GRÁFICO 2.2 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA Y COMPONENTES PARA LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000-2019



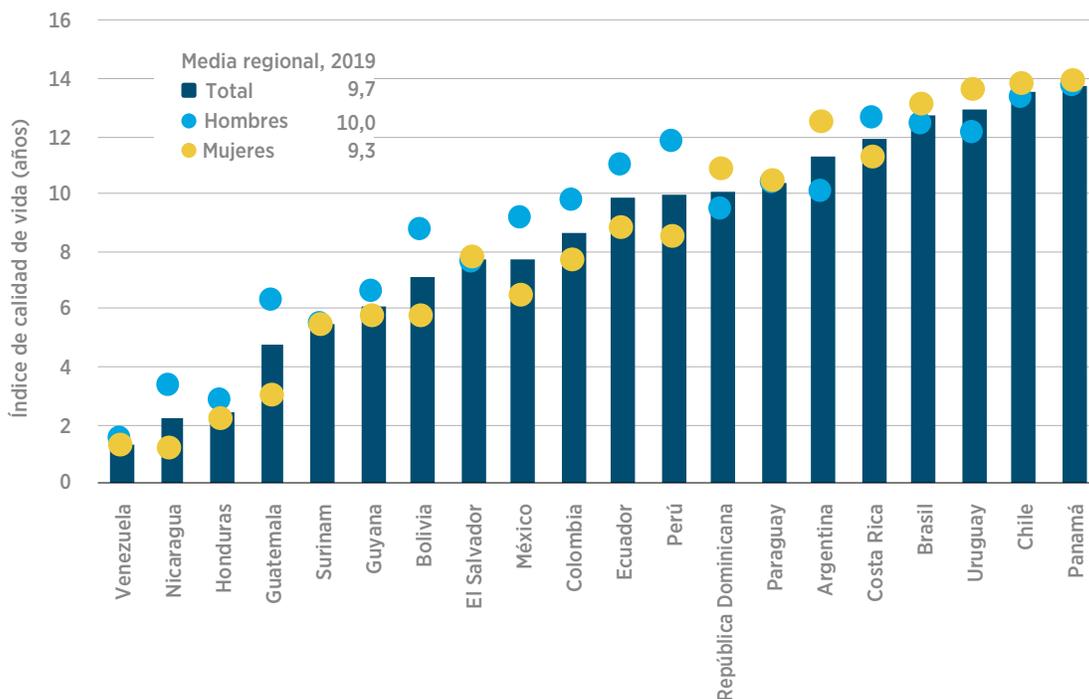
Fuente y notas: Véase el gráfico 2.1.

A pesar de las mejoras en América Latina y el Caribe en su conjunto, la calidad de vida de las personas mayores varía sustancialmente entre países, con diferencias de hasta siete años. En países como Brasil, Chile, Panamá y Uruguay, una persona de 65 años puede esperar vivir más de 12 años en condiciones saludables y sin pobreza, en comparación a menos de cinco en Guatemala u Honduras (gráfico 2.3). Estas grandes diferencias se explican por las discrepancias tanto en la esperanza de vida saludable como en las tasas de pobreza. Existe una brecha de cinco años en la esperanza de vida saludable entre Colombia y Honduras (que tienen los valores más altos y más bajos de nuestra muestra). Del mismo modo, mientras que las tasas de pobreza entre las personas mayores (basadas en el ingreso individual) están por debajo del 15% en lugares como Brasil o Uruguay, otros países siguen teniendo tasas superiores al 60%.

Las diferencias de género son mayores en los países con menor calidad de vida, sobre todo debido a las diferencias en los ingresos laborales o en el derecho a generar pensión, que repercuten en las tasas de pobreza de las personas mayores. En los países con alta cobertura de pensiones, como Argentina, Brasil, Chile, o Uruguay, una mayor esperanza de vida saludable se traduce en una mayor calidad de vida para las mujeres. Por el contrario, las mujeres mayores tienen una calidad de vida inferior a la de los hombres mayores en los países con baja cobertura pensionaria.



GRÁFICO 2.3 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES, POR SEXO, 2019



Fuentes: Véase el gráfico 2.1.

La principal conclusión sobre la calidad de vida de las personas mayores en la región –es decir, que ha mejorado de forma significativa en los últimos 20 años– es consistente con las diferentes medidas de pobreza, aunque tanto la clasificación de los países como las tendencias en la brecha de calidad de vida por género varían según las premisas metodológicas utilizadas. En el anexo 1.B se muestra cómo cambia el índice cuando se utilizan los ingresos de los hogares en lugar de los ingresos individuales como indicador de la pobreza, así como los efectos de utilizar diferentes umbrales para definir la pobreza individual. También se analizan las diferentes formas de medir la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable (recuadros B.1 y B.2).



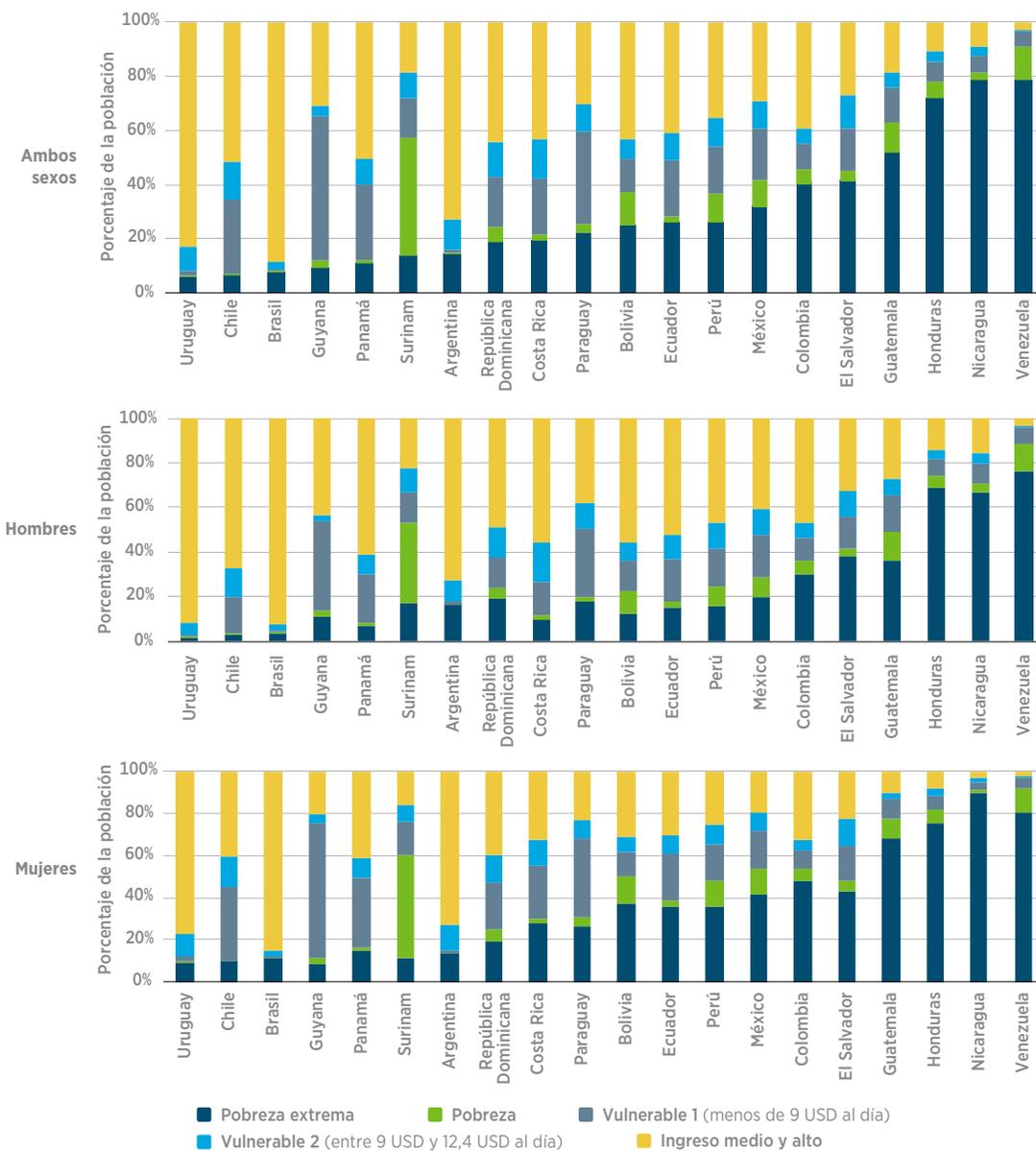
2.3 Seguridad de ingresos

Para las personas mayores, la seguridad de ingresos es esencial para garantizar una vida sin privaciones materiales, y depende de su capacidad para participar de forma activa en el mercado laboral, así como de las políticas de pensiones y otras transferencias. A medida que las personas envejecen, su participación en el mercado laboral disminuye, y las pensiones y otras transferencias se convierten en su principal fuente de ingresos. A los 80 años, los ingresos de la mayoría de las personas proceden de las pensiones o de otras fuentes no laborales. Este cambio drástico de los ingresos laborales a los no laborales depende en gran medida de las oportunidades que ofrece el mercado laboral a las personas mayores, de su voluntad y capacidad para seguir trabajando y del diseño y la cobertura de los sistemas de pensiones.

En las dos últimas décadas, el nivel de vida de las personas mayores de la región mejoró notablemente, y muchas de ellas pasaron a formar parte de la clase media o alta. El porcentaje de personas mayores en estos grupos (definidos como aquellos con ingresos superiores a 12,4 USD al día) aumentó del 29% al 42%. El cambio fue ligeramente mayor entre las mujeres, con 14 puntos porcentuales (del 21% al 35%), en comparación a 12 puntos porcentuales entre los hombres (del 38% al 50%). Sin embargo, las diferencias entre países siguen siendo significativas. Mientras que más del 80% de las personas mayores de Uruguay pueden considerarse de clase media en función de sus ingresos individuales, esta cifra es inferior al 20% en Guatemala y Honduras (véase el color superior de cada barra en el gráfico 2.4). Dentro de cada país, existe una fuerte correlación entre educación y pobreza entre las personas mayores. Por ejemplo, las personas mayores de 80 años con bajos niveles de educación tienen tasas de pobreza de alrededor del 35%, en comparación con el 19% de las personas con alto nivel de educación. Esta desigualdad es mayor en Bolivia, Colombia, México y El Salvador.



GRÁFICO 2.4 PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, POR CATEGORÍA DE INGRESOS Y SEXO (%), 2019



Fuente: Elaboración propia con base en la información de las Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas: Las categorías de ingresos utilizadas en el gráfico se basan en los ingresos individuales por día: pobreza extrema (menos de 3,1 USD); pobreza (entre 3,1 USD y 5,0 USD); vulnerable 1 (entre 5,0 USD y 9,0 USD); vulnerable 2 (entre 9 USD y 12,4 USD); y un ingreso medio y alto combinado en la misma barra (más de 12,4 USD). Los datos de Guyana y Surinam son de 2017. Se excluyen los países con datos de 2016 y anteriores: Belice (2007), Haití (2012), Jamaica (2014), Nicaragua (2014), Bahamas (2014), Trinidad y Tobago (2015), y Barbados (2016).

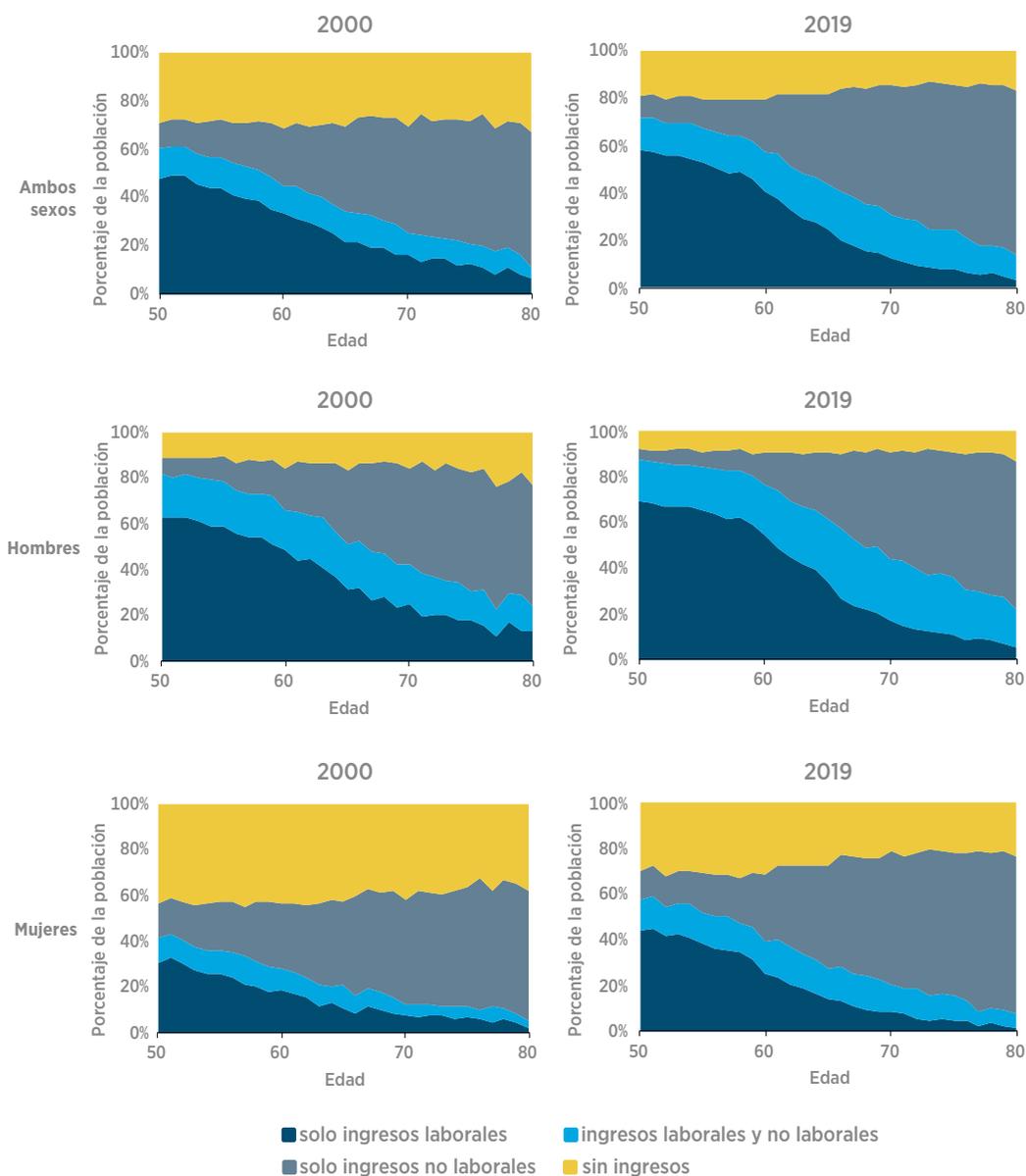


Las mejoras en la seguridad de los ingresos en los últimos 20 años se debieron, principalmente, a los cambios en los sistemas de pensiones y, en menor medida, al aumento del empleo entre las personas mayores (gráfico 2.5). En el año 2000, alrededor del 29% de las personas de entre 50 y 80 años no percibían ingresos (el 16% de los hombres y el 41% de las mujeres). En 2019, esta cifra se había reducido al 18%, con diferencias significativas, pero menores, por sexo (10% para los hombres y 26% para las mujeres). La expansión de las pensiones no contributivas redujo de forma significativa el número de personas mayores sin ingresos, sobre todo a edades avanzadas (Bosch et al., 2013). Al mismo tiempo, la oferta de trabajo aumentó en alrededor de 10 puntos porcentuales entre los 50 y los 64 años y en cinco puntos porcentuales entre los individuos mayores de 65 años. Una vez más, este aumento de la oferta se debió principalmente a la incorporación de más mujeres a la fuerza laboral.





GRÁFICO 2.5 FUENTES DE INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES, POR EDAD Y SEXO, EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000 Y 2019



Fuente: Elaboración propia con base en información de las encuestas de Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo.

Notas: Los datos utilizados para la media regional incluyen Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, Paraguay, El Salvador, República Dominicana y Uruguay. Véase en el gráfico 2.1 para una explicación de las razones para excluir a determinados países de la media regional.



La participación en la fuerza laboral de las personas mayores (incluyendo a los individuos que superan la edad legal de jubilación) es significativamente mayor en América Latina y el Caribe que en otras regiones del mundo. En 2019, el 35,8% de las personas de 65 a 79 años, y el 10,9% de las personas mayores de 80 años, eran económicamente activas (cuadro 2.1). A modo de comparación, en los 28 países de la Unión Europea, únicamente el 7% de las personas mayores de 80 años son económicamente activas. En América Latina y el Caribe, hay más hombres que mujeres mayores que participan en la fuerza laboral. En 2019, cerca del 50% de los hombres de entre 65 y 79 años trabajaban, en comparación con el 23,8% de las mujeres del mismo grupo de edad. Las personas mayores con bajos niveles de educación presentan mayores niveles de participación laboral.

La participación relativamente alta de las personas mayores en la fuerza laboral, especialmente entre los trabajadores menos educados, está estrechamente relacionada con las brechas en los sistemas de pensiones. Oliveri (2016) documentó la relación negativa entre el porcentaje de personas mayores que reciben pensiones y la participación laboral entre los trabajadores mayores en 18 países de América Latina. Por ejemplo, en Guatemala, un país con beneficios de pensión muy limitados, el 45,2% de las personas de 65 a 79 años son económicamente activas (70,4% en el caso de los hombres en este grupo de edad), frente al 17,4% en Uruguay (24,6% entre los hombres), donde las pensiones tienen una cobertura más amplia y sus niveles son más adecuados.

La mayor parte de la participación en la fuerza laboral de las personas mayores en América Latina y el Caribe es informal y compensa la falta de otras fuentes de ingresos, en lugar de ser una opción de envejecimiento activo. Después de los 65 años, más de 8 de cada 10 personas empleadas trabajan en el sector informal (una cifra que no ha cambiado en las últimas dos décadas), lo que sugiere lo marginal y de baja calidad que es el empleo en este grupo de edad. Esta realidad tiene implicaciones políticas. Los países más envejecidos aumentan la edad de jubilación para hacer más sostenibles sus sistemas de pensiones. El objetivo es tanto reducir el gasto en pensiones (acortando el tiempo que se reciben las prestaciones) como aumentar los ingresos (ampliando el tiempo que los trabajadores cotizan al sistema). El alto nivel de empleo informal entre las personas mayores de la región implica que esta política podría ser menos eficaz, porque los trabajadores informales no contribuyen al sistema de pensiones.



CUADRO 2.1 TASAS DE PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA LABORAL Y DE EMPLEO FORMAL (ENTRE PARÉNTESIS) DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD (%), 2019

País	65-79 años			80+ años		
	Todo	Hombres	Mujeres	Todo	Hombres	Mujeres
Argentina	21,3(17)	30,4(17)	14,3(17)	3,4(19,9)	6,5(14)	2(29,3)
Bolivia	55(11,1)	61,8(15,4)	48,8(6,1)	23,3(2,4)	31,9(3,9)	16,4(0)
Brazil	19(6,5)	28,4(10)	11,5(3,8)	3,5(0,5)	6,5(0,8)	1,5(0,2)
Chile	25,9(33)	39,4(37,4)	15,2(23,9)	4,6(21,8)	7,8(22,6)	2,7(20,5)
Colombia	33,9(1,7)	48,5(2,6)	21,7(1)	6,2(0)	11(0)	2,7(0)
Costa Rica	17,6(29,5)	28,6(33,2)	8,4(19,1)	3,4(34,7)	7,7(35,9)	0,2(--)
República Dominicana	38,1(27,2)	54,6(26,7)	23,5(28,2)	8,2(13,2)	16,1(12,6)	3(15,2)
Ecuador	46,7(18,4)	58,4(20,3)	35,3(15,4)	17,4(5,6)	22,7(6,8)	13(3,8)
Guatemala	45,2(4,3)	70,4(5,4)	19,4(0,3)	16,1(1,6)	26,9(1,8)	4,5(0)
México	38,6(6,7)	53,9(8,4)	25,4(3,5)	15,1(1,7)	21,5(2,5)	10,1(0,3)
Nicaragua	40,2(3,8)	62,8(3,6)	20,5(4,3)	16,8(0)	29(0)	5,3(0)
Panamá	34,4(14,5)	47,9(15,1)	21,8(13,5)	9,8(1)	16(1,4)	5,2(0)
Peru	57,4(3,4)	68,7(5,1)	47,2(1,8)	22,9(0)	29,5(0,1)	17,7(0)
Paraguay	47,6(2,8)	60,1(2,7)	34,7(3,1)	10,4(0)	17,2(0)	5,7(0)
El Salvador	34,9(11,4)	51,4(15,7)	21,9(3,3)	11,2(4,5)	19(6,2)	5,5(0)
Uruguay	17,4(7,4)	24,6(11,2)	12(4,7)	2,3(0,7)	4,1(1,4)	1,4(0,3)
América Latina y el Caribe	35,8(12,4)	49,4(14,4)	23,8(9,3)	10,9(7,7)	17,1(7,7)	6,1(7,7)

Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo.



2.4 La salud de los adultos mayores

La buena salud es un determinante esencial de la calidad de vida de las personas mayores. Las personas valoran la salud como un fin en sí mismo y como un elemento principal de una buena calidad de vida. Además, la buena salud contribuye al crecimiento económico a través de una mayor oferta laboral y productividad, mayor rendimiento de otras inversiones en capital humano (como la educación) y mejor sostenibilidad fiscal (Bloom et al., 2018; Jamison et al., 2013; Rosendo Silva et al., 2018; Weil, 2014, Plaut et al., 2017, Goodchild et al., 2018; Pichon-Riviere et al., 2020).

Los habitantes de América Latina y el Caribe viven más tiempo que nunca, pero no necesariamente viven más sanos. Como se ha señalado anteriormente, la prolongación de la vida es uno de los mayores logros de los países de la región en el último siglo. Sin embargo, la salud de las personas mayores de la región sigue estando por debajo de la salud de quienes viven en países más ricos, y está por debajo de la media de la OCDE. El estado de la salud también varía considerablemente entre países. La región ha logrado reducir la prevalencia de muchos problemas de salud, en particular las enfermedades e infecciones maternas y neonatales, pero la prevalencia de otras condiciones en todas las edades, especialmente la diabetes, la hipertensión y el cáncer, está contrarrestando esos avances. Si no se realizan esfuerzos serios para abordar los factores de riesgo más prevalentes, como las dietas poco saludables, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo, aumentará el porcentaje de personas mayores con problemas de salud crónicos.

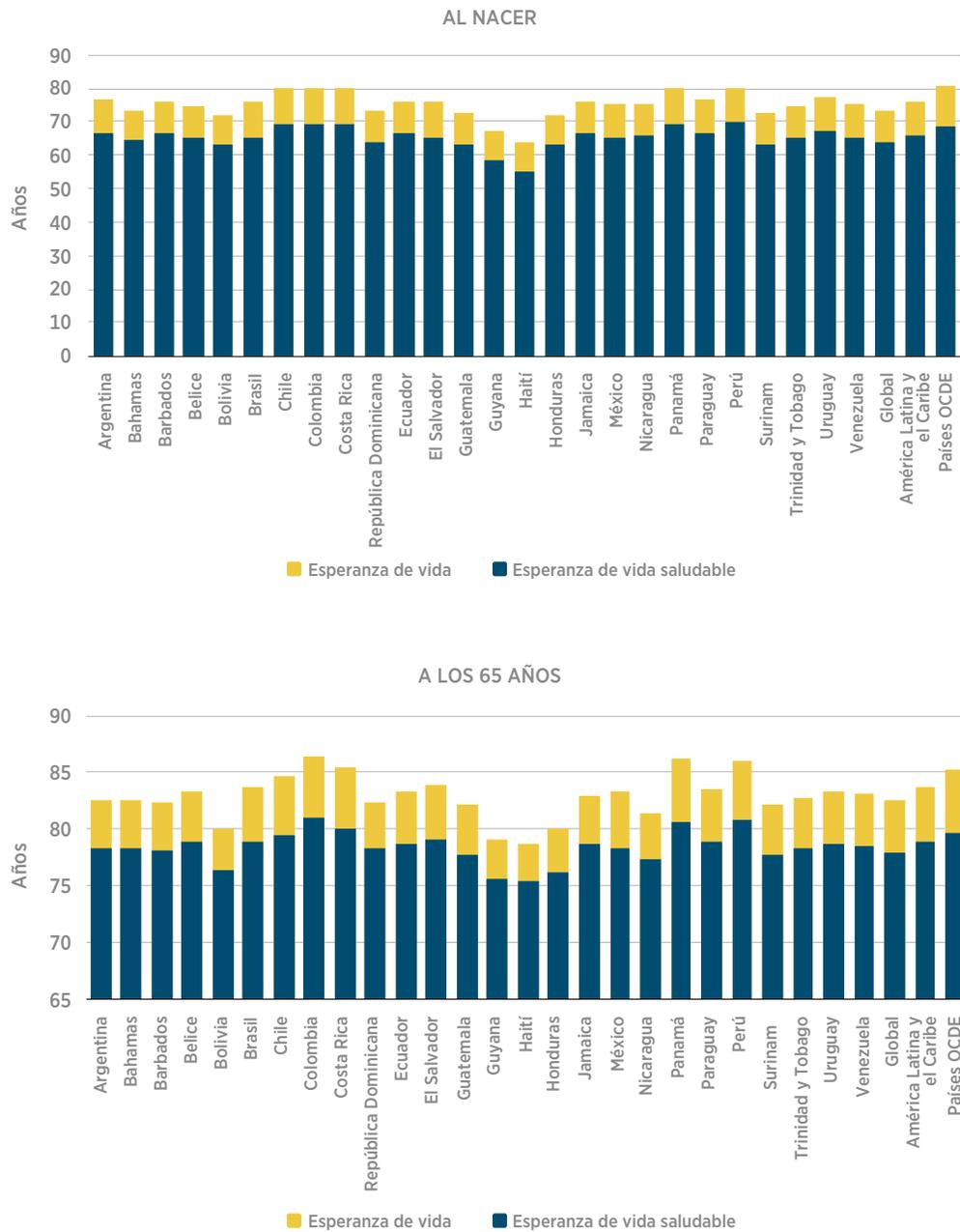
En promedio, los habitantes de América Latina y el Caribe pasan 10,3 años de su vida con algún tipo de deficiencia o enfermedad. En 2019, en promedio la esperanza de vida al nacer en la región fue de 76 años, con un aumento de 3,5 años desde el año 2000. Sin embargo, la esperanza de vida saludable,⁵ una medida de cuántos años puede esperar la gente vivir con plena salud, fue de 65,7 años. En comparación, en los países de la OCDE la gente puede esperar vivir 80,6 años, de los cuales 68,9 serán con buena salud. En general, tanto la esperanza de vida como la esperanza de vida saludable son mayores para las mujeres que para los hombres: las mujeres pueden esperar vivir 6,1 años más que los hombres y tener 3,3 años adicionales con buena salud (gráfico 2.6, panel superior).

En América Latina y el Caribe, las personas que cumplen 65 años pueden esperar vivir otros 18,7 años, de los cuales 13,9, en promedio, serán de buena salud (gráfico 2.6, panel inferior). La diferencia entre ambas cifras es el número promedio de años que las personas mayores viven con diversos problemas de salud. Esta cifra varía ampliamente entre países. En un extremo, los costarricenses de 65 años pueden esperar vivir 20,4 años más, de los cuales 15,1 años serán con buena salud y 5,3 con mala salud. En el otro extremo, los haitianos de 65 años pueden esperar vivir 13,8 años más: 10,4 con buena salud y 3,4 con mala salud. Estas estadísticas muestran hasta qué punto la reducción de la mortalidad y la mejora de la salud pueden prolongar la esperanza de vida saludable, pero también dar lugar a años adicionales con alguna enfermedad.

5. La esperanza de vida ajustada en función de la salud es el número de años que se espera que una persona viva con plena salud, es decir, se restan los años que se vive con una enfermedad o discapacidad. Se calcula multiplicando cada año de vida por un factor que refleja el número de años de plena salud perdidos debido a una determinada enfermedad. La ponderación que se le da a cada enfermedad, en términos de discapacidad, varía según el sexo y el grupo de edad y toma en cuenta comorbilidades. El método de Sullivan es la forma más habitual de realizar este cálculo y es el que utiliza el Institute for Health Metrics and Evaluation. Véase el Apéndice 1 de GBD 2017 DALYs HALE y colaboradores, disponible en [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32335-3/fulltext#sec1](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32335-3/fulltext#sec1)



GRÁFICO 2.6 ESPERANZA DE VIDA Y ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE (AÑOS), 2019



Fuente: Elaboración propia con base en la herramienta de resultados de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation, consultado en agosto 2021.

Nota: La esperanza de vida y la esperanza de vida saludable a los 65 años reflejan el cálculo para las personas de 65 a 69 años



Las diferencias dentro de los países también pueden ser muy grandes. Por ejemplo, en Ciudad de Panamá, las mujeres que residen en zonas con niveles socioeconómicos más altos viven una media de 10 años más que las de zonas más pobres. Para los hombres, esta diferencia es de ocho años. En San José, Costa Rica, la diferencia es de menos de un año (Bilal et al., 2019). Las desigualdades raciales y étnicas también se asocian a diferentes resultados médicos. Por ejemplo, los afrodescendientes en Brasil viven unos seis años menos en promedio que los blancos (Paixão et al., 2010).

La pandemia de COVID-19 ha afectado a las personas mayores de la región, pero aún se desconoce su impacto a largo plazo sobre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable. En el primer año de la pandemia, las muertes en la región aumentaron aproximadamente un 20% en comparación con años anteriores⁶ y más de tres cuartas partes de este exceso de muertes fueron personas mayores de 50 años. En consecuencia, las proyecciones de la esperanza de vida cayeron entre dos y 10 años, dependiendo del país (Mena y Casali, 2020), hasta niveles no vistos desde el año 2000. Asimismo, la esperanza de vida al nacer disminuyó más para los hombres que para las mujeres. Por ejemplo, la esperanza de vida en Chile se redujo en 1,6 años para los hombres, en comparación con los 0,9 años para las mujeres (Islam et al., 2021). Esta situación refleja que el efecto inmediato sobre la salud de las personas mayores en la región ha sido enorme. Sin embargo, en el futuro su impacto no es claro. Por un lado, es probable que la esperanza de vida se recupere, como ha ocurrido después de epidemias anteriores (Harper, 2021; UNFPA, 2020). Por otro lado, la pandemia de COVID-19 tiene varias características que sugieren que podría tener efectos negativos más prolongados en la calidad de vida de las personas mayores. En primer lugar, el virus ha demostrado una importante capacidad para desarrollar cepas que evaden las respuestas inmunitarias de la vacunación. Esto podría significar que la enfermedad seguirá amenazando a las personas mayores. En segundo lugar, un número importante de personas que han sobrevivido a la enfermedad presentan síntomas de COVID persistente, que pueden ser debilitantes y podrían reducir la esperanza de vida de las personas mayores en el futuro (Harper, 2021).

2.4.1 Principales causas de mala salud

A pesar de la actual pandemia de COVID-19 y los continuos brotes de enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles siguen siendo la principal causa de mala salud en la región. Desde el año 1990, las enfermedades crónicas han representado al menos el 80% de las muertes y enfermedades en la región entre las personas mayores de 65 años, desde casi el 80% en Perú y Guatemala hasta más del 90% en 11 países, incluyendo Jamaica, Nicaragua, y Trinidad y Tobago. El envejecimiento de la población está aumentando la demanda de servicios para tratar las enfermedades crónicas. A medida que las cohortes de mayor edad crecen, más personas experimentarán estas enfermedades y necesitarán los servicios de salud asociados, a menos que se reduzcan las tasas y la gravedad de las enfermedades. De hecho, entre 2006 y 2016, se estima que el envejecimiento de la población contribuyó en un 15% al aumento de la carga de enfermedad (Gakidou et al., 2017).

6. Véase el "Excess Deaths Tracker" de [The Economist's](https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker) en <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>

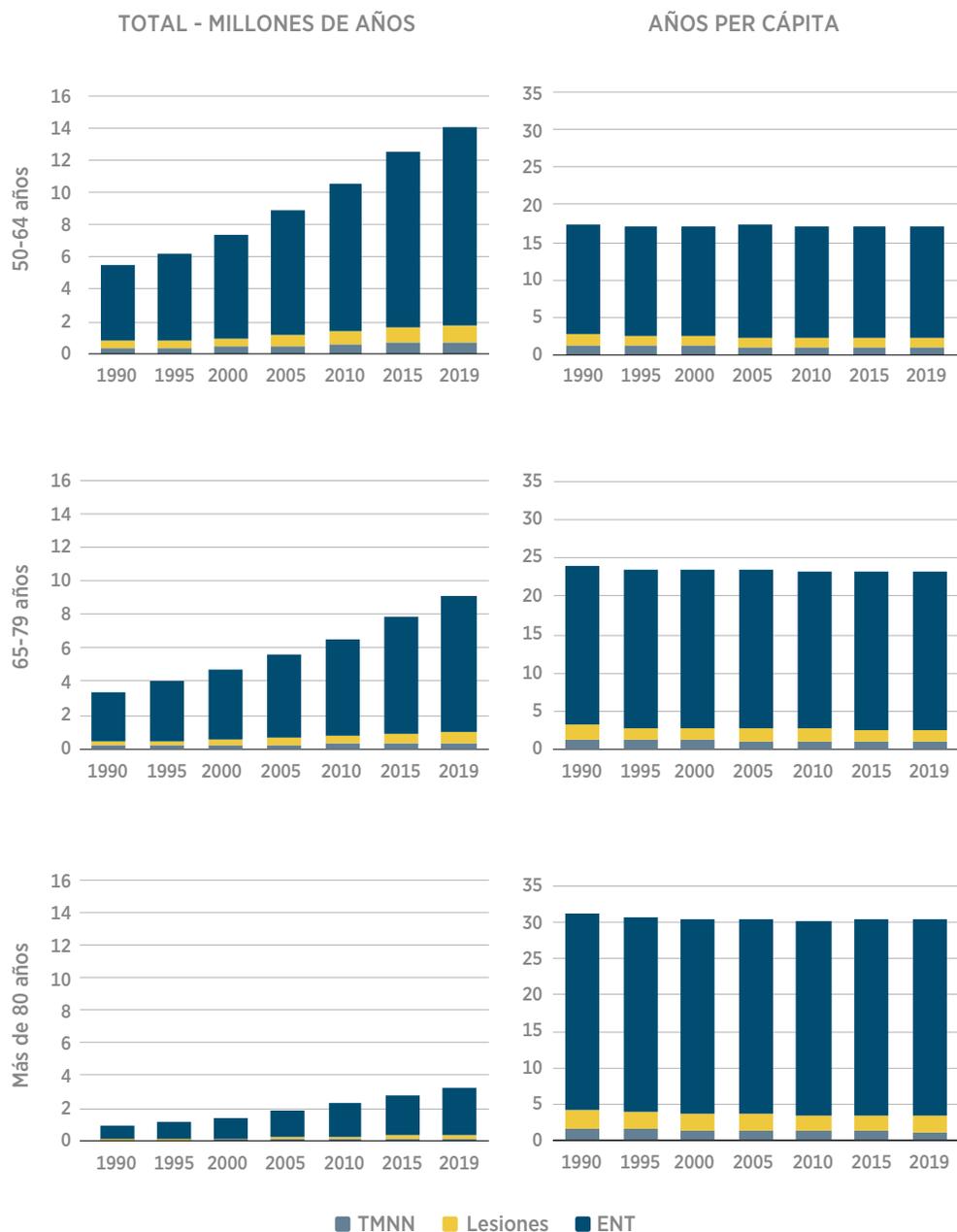


Aunque el número de personas que viven con enfermedades ha aumentado debido al crecimiento de la población y al envejecimiento, la prevalencia general de las enfermedades entre las personas mayores no ha cambiado de forma significativa. En América Latina y el Caribe, el número de años que las personas de 50 a 79 años viven con discapacidad⁷ se ha duplicado desde 1990, y se ha triplicado para las personas mayores de 80 años (gráfico 2.7). La mayor parte de este crecimiento se debe al aumento del número de personas mayores. Algunas enfermedades, como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, se han hecho más comunes con el paso del tiempo, mientras que otras afecciones, sobre todo las asociadas a enfermedades infecciosas y lesiones, han disminuido. Por ejemplo, el número de años que las personas mayores de 50 años vivieron con diabetes y enfermedades renales o trastornos musculoesqueléticos y neurológicos ha aumentado en un 5,1% desde 2010, mientras que las enfermedades respiratorias crónicas, los trastornos de salud mental y las enfermedades de los órganos sensoriales han disminuido en un 3,6% durante el mismo periodo. Las tendencias en la OCDE son similares, aunque estos países están más avanzados en la transición demográfica. En los países de la OCDE, el número de años vividos con discapacidad se ha multiplicado por 1,6 desde 1990 en el caso de las personas de entre 50 y 79 años, y se ha duplicado en el caso de las personas de 80 años o más. Sin embargo, al igual que en América Latina y el Caribe, este aumento se debe en gran medida al crecimiento de la población en estas cohortes de mayor edad. La prevalencia global de la enfermedad en los países de la OCDE también se ha mantenido más o menos constante desde 1990 y en niveles comparables a los de América Latina y el Caribe.

7. Con base en los años que se vive con discapacidad calculados por el estudio de la carga mundial de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation. Este estudio utiliza los años de vida ajustados por discapacidad, que son la suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años que se vive con discapacidad. Mientras que en el léxico del estudio, la discapacidad se refiere a cualquier pérdida de salud a corto o largo plazo que no sea la muerte, el BID promueve el modelo social de discapacidad reconocido por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tal y como se explica en el Plan de Acción sobre la Diversidad del BID. Por lo tanto, el BID define la discapacidad no como una afección médica, sino como el resultado de una interacción entre las personas con deficiencias y las barreras externas que limitan su participación efectiva en la sociedad. A efectos de este informe, se utilizan los años de vida ajustados a la discapacidad y los años que se vive con discapacidad para medir la carga de la enfermedad, pero en el resto del texto se evita utilizar el término discapacidad para referirse a la mala salud o a la pérdida de capacidades debida al envejecimiento y se emplean en su lugar otros términos como morbilidad, enfermedad y dolencia.



GRÁFICO 2.7 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS, POR CAUSA (1990-2019)



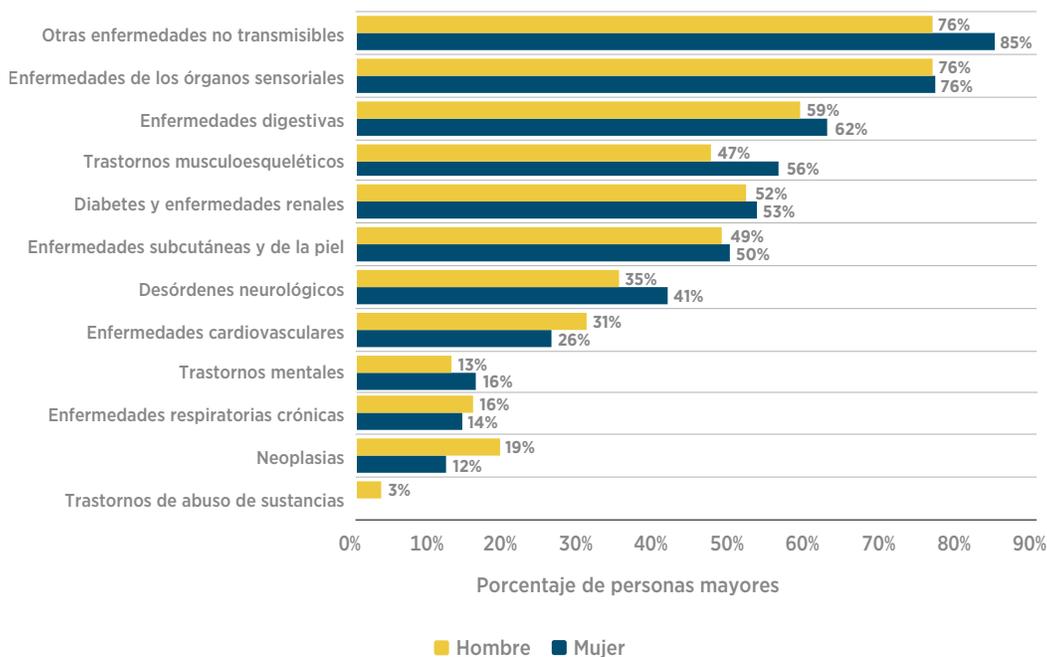
Fuente: Elaboración propia con base en la herramienta de resultados de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation, consultado a diciembre de 2020.

Notas: El número total de años vividos con discapacidad por cada 100 personas se calculó utilizando la población total de cada grupo de edad. Las TMNN se refiere a las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, y las ENT a las enfermedades no transmisibles.



En 2019, las enfermedades de los órganos sensoriales (por ejemplo, la ceguera y la pérdida de visión) y las enfermedades digestivas (por ejemplo, la cirrosis, la apendicitis, la pancreatitis y las enfermedades de la vesícula biliar) fueron las enfermedades crónicas más comunes. Representan el 21% de todas las enfermedades que afectan a los mayores de 65 años, sin diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, aunque los hombres se ven más afectados por enfermedades con altas tasas de mortalidad, como las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, las mujeres son más propensas a padecer enfermedades que pueden ser muy debilitantes, pero que tienen tasas de mortalidad más bajas, como los trastornos musculoesqueléticos, mentales o neurológicos (gráfico 2.8). Estas enfermedades, junto con los trastornos mentales, la diabetes y las enfermedades renales, representaron más del 50% de todos los años que se vivieron con discapacidad en la región. La prevalencia de la diabetes y las afecciones renales y neoplasias fueron las que más aumentaron desde 2010. En cambio, la prevalencia de enfermedades de los órganos sensoriales, los trastornos mentales y las afecciones digestivas han disminuido. Incluso la prevalencia de enfermedades cardiovasculares descendió ligeramente. La pandemia puede hacer que algunas de estas tendencias de mejora se inviertan, sobre todo para los trastornos mentales y las afecciones cardiovasculares. La región necesita mejores sistemas de detección y notificación para tener mayor certeza sobre estas tendencias para poder controlar y responder a los cambios negativos a medida que se producen.

GRÁFICO 2.8 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES EN MAYORES DE 65 AÑOS, POR ENFERMEDAD Y SEXO, 2019 (%)



Fuente: Elaboración propia con base en la herramienta de resultados de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation, consultada en diciembre de 2020.



Más allá de las tendencias generales, la importancia relativa de estas enfermedades varía entre los países. Las enfermedades de los órganos sensoriales son la causa más frecuente de mala salud entre las personas mayores en todos los países de la región, pero son especialmente frecuentes en Guatemala y El Salvador, con 82 casos por cada 100 personas mayores de 65 años. Esta tasa es significativamente mayor que en países como Argentina (59%) y Uruguay (59%). Asimismo, la diabetes y las enfermedades renales son mucho más frecuentes en México (66%) y Costa Rica (63%) que en República Dominicana (41%) y Uruguay (41%).

A pesar de afectar a menos personas, los trastornos mentales son más debilitantes que otras enfermedades. En 2019, alrededor del 14% de las personas mayores de 65 años de la región padecían trastornos mentales (es decir, ansiedad, déficit de atención, conducta bipolar, trastornos depresivos y alimentarios, esquizofrenia y discapacidad intelectual idiopática del desarrollo). Estos trastornos representan el 9% de los años que se vive con discapacidades debido a todas las enfermedades crónicas en la región (anexo 1.D, cuadro D.1). Sin embargo, los efectos debilitantes de los trastornos mentales son tan graves en comparación con los de otras enfermedades, que representan la mayor contribución a la mala salud de esta población (medida en años vividos con discapacidad). Por cada 100 personas mayores de 65 años, los trastornos mentales son responsables de 14 años vividos con discapacidad, una tasa dos veces superior a la de la diabetes y más de tres veces por encima de la de las neoplasias. La pandemia de COVID-19 ha agravado este problema entre las personas mayores de varias maneras. Ha aumentado la ansiedad, ya que el COVID-19 es más común, grave y letal para las personas mayores. También ha provocado graves trastornos sociales cuando se ha restringido la movilidad física, se han limitado los servicios y ha aumentado el aislamiento social (Naciones Unidas, 2020).



2.4.2 Factores de riesgo para la salud

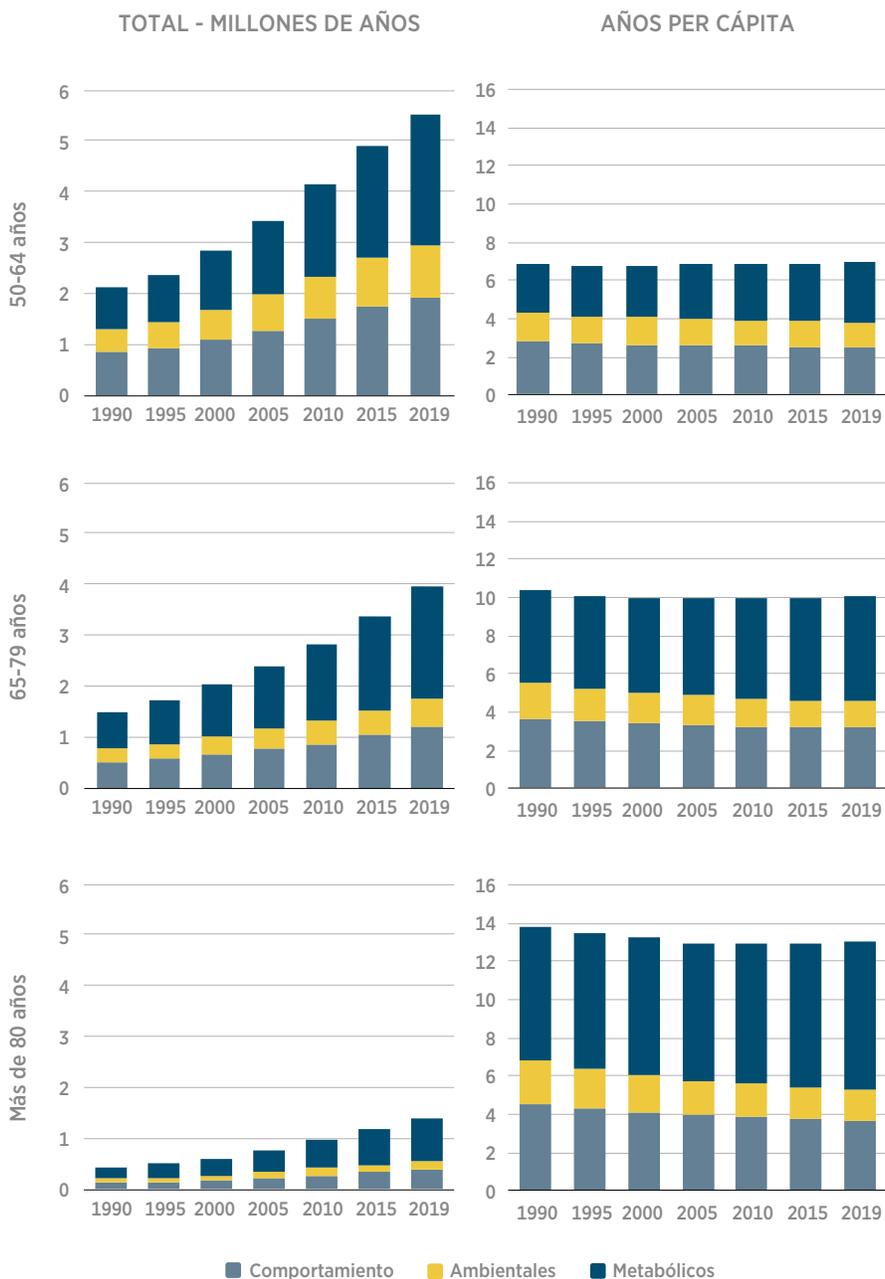
La mala salud de las personas mayores generalmente es el resultado de factores de riesgo evitables, algunos de los cuales van en aumento. Si bien es difícil abordar los factores de riesgo genéticos que contribuyen a la mala salud, los factores de riesgo ambientales y conductuales (como una dieta poco saludable, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol) son más fáciles de controlar (OMS, 2018). Las sociedades pueden cambiar las prácticas económicas, políticas y culturales que contribuyen a estos riesgos ambientales y conductuales. Los individuos también pueden tomar medidas para reducir muchos de estos riesgos. Cuanto antes los reduzca una persona, más saludable será durante la vejez. Incluso los cambios realizados entre los 50 y los 64 años pueden mejorar de forma significativa la salud de las personas mayores de 65 años. El número de años que las personas de la región viven con enfermedades y capacidades deterioradas ha aumentado en gran medida debido al crecimiento de la población y a la mayor longevidad (panel de la izquierda en el gráfico 2.9). Sin embargo, el porcentaje de la población que padece enfermedades relacionadas con el riesgo metabólico⁸ ha aumentado desde 1990: un 21% para las personas de 50 a 64 años; un 14% para las de 65 a 79 años; y un 11% para los mayores de 80 años (panel de la derecha en gráfico 2.9). Los riesgos conductuales y ambientales⁹ se han mantenido relativamente estables, excepto entre las personas mayores de 80 años. El porcentaje de personas en este grupo de edad que padece enfermedades relacionadas con riesgos conductuales y ambientales ha disminuido en un 18% y un 31%, respectivamente, durante este periodo.

8. El riesgo metabólico corresponde a los años que se vive con discapacidad atribuibles a la glucosa plasmática en ayunas elevada, colesterol de lipoproteínas de muy baja densidad alto, presión arterial sistólica elevada, índice de masa corporal alto, densidad mineral ósea baja y disfunción renal.

9. Los factores de comportamiento incluyen la malnutrición infantil y materna, el tabaco y los riesgos dietéticos. Los riesgos ambientales incluyen el agua insalubre, el saneamiento y el lavado de manos deficientes, la contaminación atmosférica, la temperatura no óptima y los riesgos laborales.



GRÁFICO 2.9 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD, POR FACTOR DE RIESGO, EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS, 1990-2019



Fuente: Elaboración propia con base en la herramienta de resultados de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation, consultada en diciembre de 2020.

Nota: Este gráfico presenta el número total de años vividos con discapacidad en millones y el número total de años que vividos con discapacidad por cada 100 personas con base en la población total en ese grupo de edad.



Los riesgos de una mala dieta, el consumo de tabaco, el índice de masa corporal elevado y la glucosa plasmática en ayunas elevada son los factores de riesgo más prevalentes entre las personas mayores de 50 años, y representan al menos el 70% de los años vividos con discapacidad en la región en 2019. Todos estos riesgos, excepto el consumo de tabaco, han aumentado en los últimos 10 años (gráfico 2.10). Aunque el consumo de tabaco ha disminuido, sigue siendo el tercer factor de riesgo más importante para la mala salud y muerte prematura después de una glucosa plasmática elevada en ayunas y un índice de masa corporal elevado. A menos que se reduzcan considerablemente todos estos factores de riesgo, el número de personas que viven con mala salud seguirá aumentando.

Los patrones de riesgo para la salud varían considerablemente entre hombres y mujeres: las mujeres suelen sufrir menos riesgos conductuales que los hombres, pero experimentan riesgos metabólicos similares. En general, las mujeres tienen menos riesgos de comportamiento porque los hombres son más propensos a fumar, tener mala alimentación y consumir drogas. Sin embargo, las mujeres se ven afectadas de forma desproporcionada por las relaciones sexuales de riesgo, la escasa actividad física e, incluso en el caso de las mujeres mayores de 50 años, por los efectos a largo plazo de los abusos sexuales en la infancia y la malnutrición infantil y materna. En general los riesgos metabólicos son similares entre hombres y mujeres, aunque las mujeres muestran una carga algo mayor debido a la baja densidad ósea y la obesidad, y esta diferencia aumenta con la edad (gráfico 2.11).

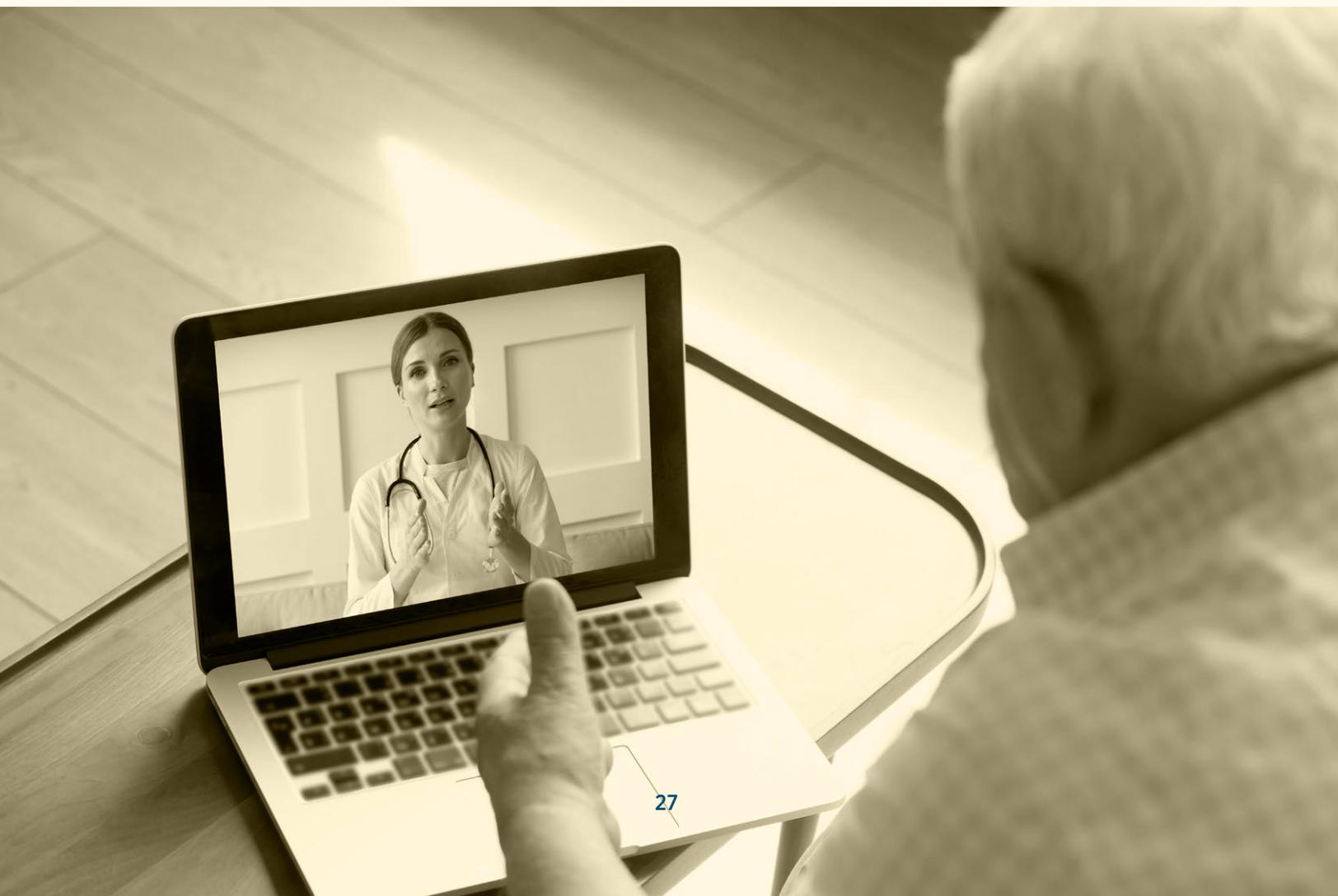
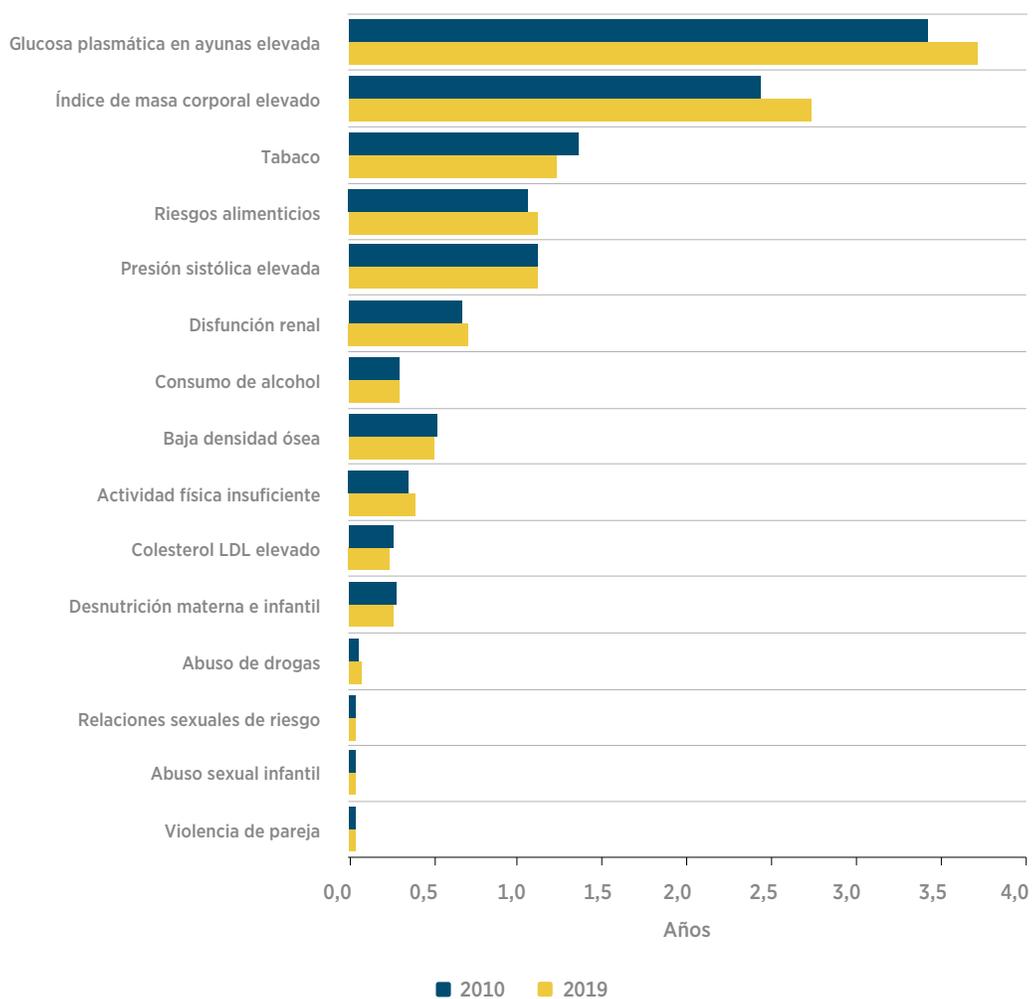




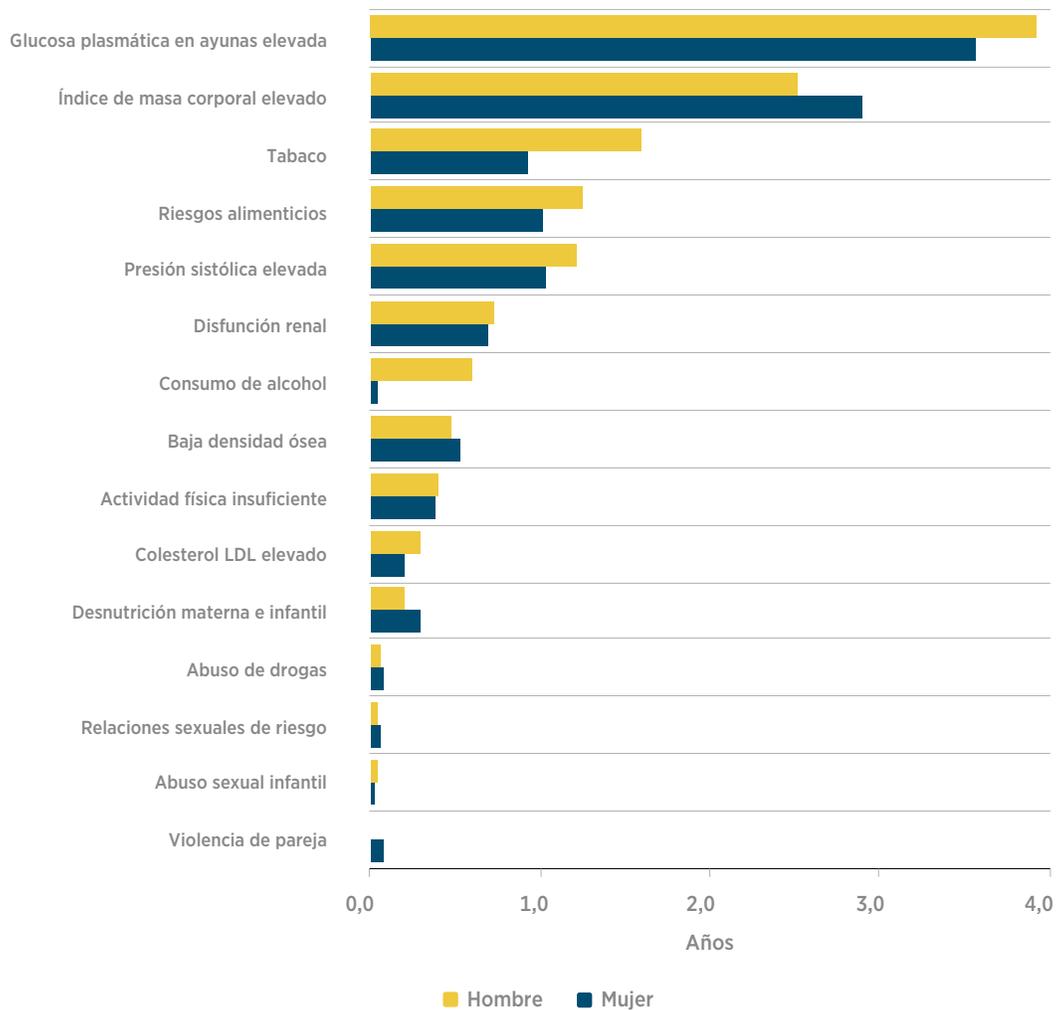
GRÁFICO 2.10 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD (POR CADA 100 PERSONAS)
ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS,
POR RIESGOS DE SALUD, 2010 Y 2019



Fuente: Elaboración propia con base en la herramienta de resultados de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation, consultado en diciembre de 2020.



GRÁFICO 2.11 AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD (POR CADA 100 PERSONAS)
ENTRE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS,
POR SEXO Y RIESGOS DE SALUD, 2019



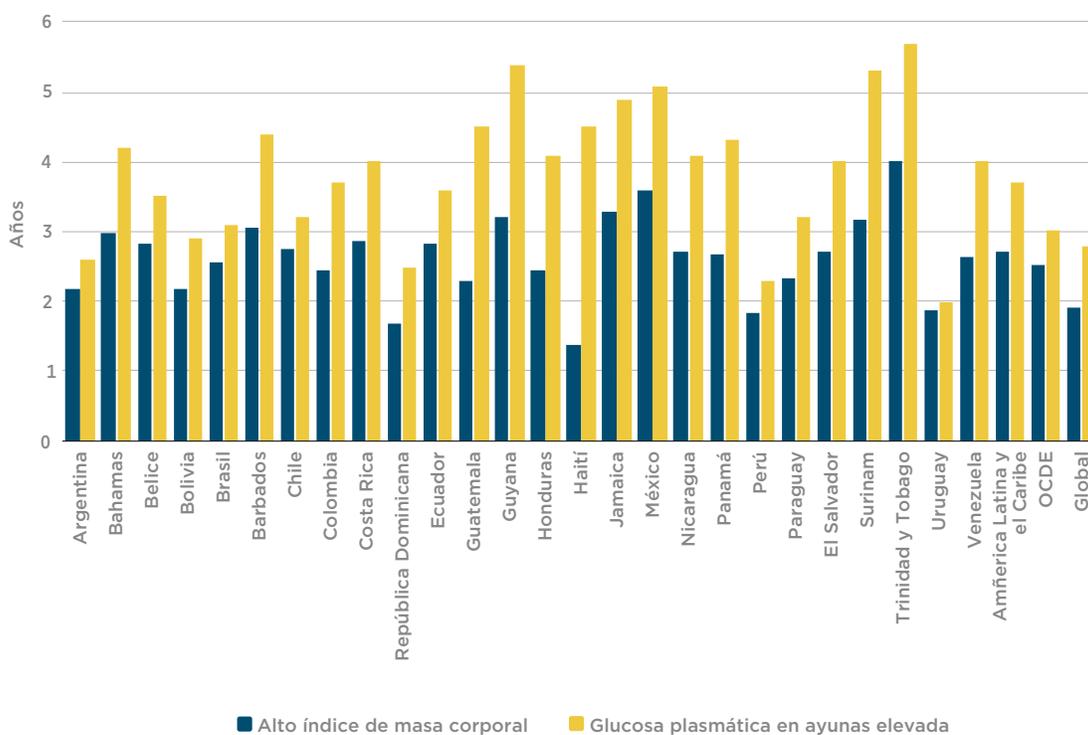
Fuente: Elaboración propia con base en la herramienta de resultados de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation, consultado en diciembre de 2020.



Los riesgos alimentarios, que están relacionados con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la hipertensión, son elevados en toda la región, pero varían mucho entre los países (gráfico 2.12).

La glucosa plasmática elevada en ayunas y el índice de masa corporal alto son los factores de riesgo más comunes para las personas mayores en todos los países de la región. Sin embargo, la prevalencia de mala salud entre las personas mayores debido al plasma elevado en ayunas en Trinidad y Tobago y Guyana es casi el doble que en República Dominicana, Perú, y Uruguay. El índice de masa corporal elevado es mucho más común en Trinidad y Tobago y México que en Haití.

GRÁFICO 2.12 CARGA DE FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, 2019 (AÑOS VIVIDOS CON DISCAPACIDAD POR CADA 100 PERSONAS)



Fuente: Elaboración propia con base en la herramienta de resultados de la carga global de enfermedades del Institute for Health Metrics and Evaluation, consultado en diciembre de 2020.



Muy pocos países cuentan con datos de encuestas sobre salud y factores de riesgo. Sin embargo, encuestas realizadas en Argentina (2018) y Brasil (2013) muestran que existe un margen de mejora sustancial en las conductas de salud de las personas mayores. En estos dos ejemplos, más del 20% de las personas de entre 50 y 64 años fuman, y en general los datos muestran que las personas mayores comen menos frutas y verduras de las recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020b). Desde el punto de vista positivo, más de la mitad de las personas de estos grupos de edad realizaban actividad física, incluyendo actividad de alta o baja intensidad, como caminar 10 minutos al día (anexo 1.D, cuadro D.2).

Los riesgos para la salud, y los factores de comportamiento asociados, son más frecuentes en los estratos socioeconómicos más bajos. En promedio las personas más pobres, marginadas y vulnerables tienden a vivir menos años y son más propensas a tener mala salud en la vejez (Di Cesare et al., 2013; Stevens et al., 2008). Esta brecha se debe, en parte, a diferencias de comportamiento. En la mayoría de los países, las poblaciones de ingresos más bajos tienen tasas más altas de consumo de tabaco y alcohol, y alimentación más deficiente que sus contrapartes con mejor situación económica. Algunos datos de América Latina y el Caribe indican que la obesidad es más frecuente entre los grupos con menos riqueza y educación, y entre las poblaciones rurales (Jiwani et al., 2019). Además, las poblaciones de bajos ingresos tienen más probabilidades de estar expuestas a la contaminación del aire interior y exterior (Campbell-Lendrum y Prüss-Ustün, 2019) y al agua contaminada y otros canales de enfermedades infecciosas y crónicas (Corburn y Sverdlik, 2018).

2.5 Capacidad funcional y dependencia

La capacidad de vivir de forma independiente es un determinante clave de la calidad de vida de las personas mayores. El envejecimiento se asocia a menudo con un mayor riesgo de perder la capacidad funcional debido a la disminución de las funciones sensoriales o cognitivas. En algunos casos, este deterioro se debe a la progresión de las enfermedades crónicas (OMS, 2015). Por lo general, las personas mayores pierden primero la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria de forma independiente, como comprar alimentos, cocinar una comida caliente, tratar su salud, administrar el dinero y salir a la calle. Estas actividades son muy complejas y suelen implicar la interacción social. La reducción de la capacidad para realizarlas es un indicador de un mayor deterioro físico y/o cognitivo (Jekel et al., 2015; Roehr et al., 2019). A medida que la capacidad funcional se deteriora, las personas mayores pueden perder la capacidad de realizar de forma independiente algunas actividades básicas de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse o ir al baño. Estas actividades básicas son esenciales para llevar una vida independiente (recuadro 2.2).



RECUADRO 2.2 CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVE RELACIONADOS CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Capacidad funcional: la capacidad de las personas para hacer las cosas y actividades que valoran. Esta capacidad viene determinada por la *capacidad intrínseca* de los individuos (es decir, todas sus capacidades mentales y físicas), el entorno en el que viven y la interacción entre ambos factores (OMS, 2015, p. 28).

Deterioro funcional o dependencia: el resultado real de una evaluación de la capacidad funcional, que indica si una persona puede necesitar ayuda y apoyo para realizar las actividades cotidianas (deterioro funcional o dependencia) o no (independencia funcional). La dependencia funcional puede clasificarse en diferentes niveles (leve, moderada, grave). No significa necesariamente dependencia de cuidados, ya que algunos cambios en el entorno podrían permitir recuperar la capacidad funcional sin necesidad de cuidados y apoyo de otras personas (OMS, 2015).

Dependencia de cuidados: situación en la que la capacidad funcional de una persona se ve disminuida hasta el punto de que no puede realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda de otras personas y su capacidad no puede restablecerse cambiando el entorno o utilizando dispositivos de ayuda (OMS, 2015).

Servicios de atención a la dependencia (o servicios de cuidados): las actividades para garantizar que las personas en situación de dependencia de cuidados (o en riesgo de desarrollarla) puedan *"mantener un nivel de capacidad funcional compatible con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y su dignidad humana"* (OMS, 2015, p. 127).

En América Latina y el Caribe, en promedio, 14,4% de las personas mayores de 65 años dependen de los cuidados que les provea otra persona. Esto significa que, en 2020, casi ocho millones de personas mayores requieren ayuda para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria.¹⁰ Estas estimaciones son realizadas por Aranco, Ibarra y Stampini (2022), quienes calcularon el porcentaje de personas mayores funcionalmente dependientes para 26 países de la región. En diez países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay), la tasa se calcula directamente a partir de las encuestas de hogares. En los 16 países restantes, donde no se dispone de microdatos, la tasa se estima en función del perfil demográfico y epidemiológico de las personas mayores.

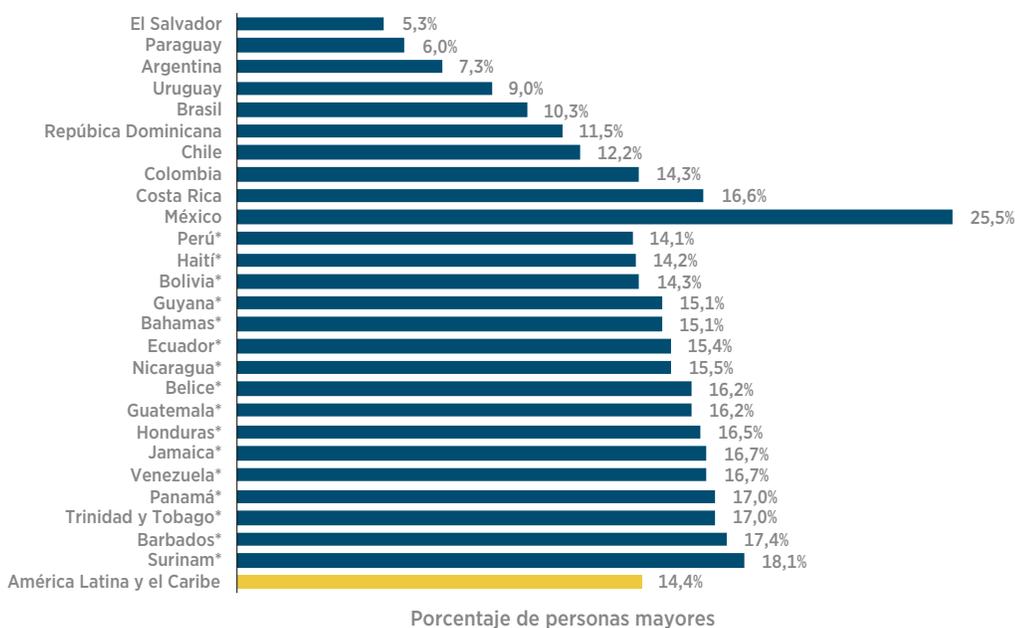
La tasa de dependencia funcional varía mucho entre los países, desde un mínimo de 5,3% en El Salvador hasta un máximo de 25,5% en México (gráfico 2.13). Al menos tres factores pueden contribuir a esta heterogeneidad: i) diferencias genuinas entre los países en cuanto al grado de dependencia funcional de las personas mayores; ii) diferencias culturales que influyen en la forma en que las personas califican su grado de dependencia funcional; iii) diferencias en el diseño y la aplicación de las encuestas (Aranco et

10. Para maximizar la comparabilidad entre países, en este informe nos centramos en la dependencia asistencial severa, la cual se define como la dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria.



al., 2018). Este último punto es especialmente importante y debe tenerse en cuenta al comparar países. En los países en los que existen encuestas de hogares, el número de actividades que las encuestas incluyen para evaluar la dependencia funcional de los encuestados varía desde tres en Costa Rica hasta seis o más en Brasil, México y Uruguay. Las opciones de respuesta de los participantes también varían desde una respuesta dicotómica de 'sí' o 'no' hasta una calificación numérica en una escala de uno a tres (o más).

GRÁFICO 2.13 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), 2012-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE)



Fuente: Elaboración propia con base en Aranco, Ibararán y Stampini (2022).

Notas: El gráfico muestra el porcentaje de personas mayores de 65 años que necesitan ayuda para al menos una actividad básica de la vida diaria. Para los países marcados con un asterisco (*), no se dispone de datos de encuestas de hogares sobre la dependencia funcional. Las estimaciones para estos países se basan en su perfil demográfico y epidemiológico (véase Aranco, Ibararán y Stampini (2022) para obtener más detalles). República Dominicana solo dispone de datos para personas con al menos una limitación física o mental; se supone que las personas sin limitaciones son funcionalmente independientes.

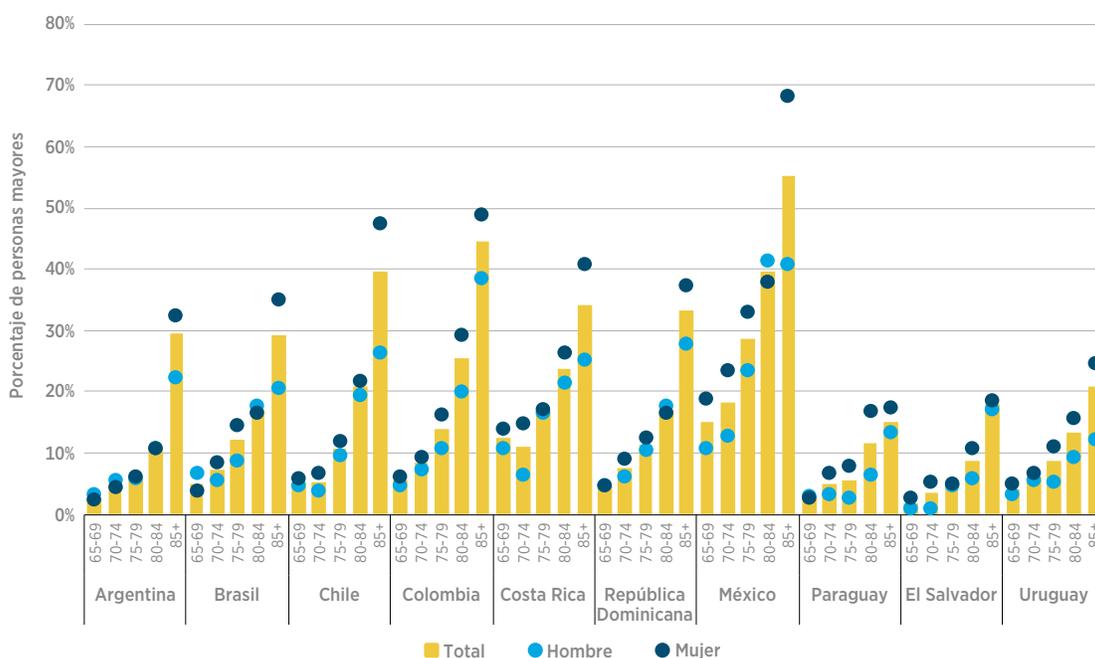
A pesar de esta heterogeneidad, algunos resultados son consistentes entre países. En primer lugar, la prevalencia de la dependencia funcional aumenta notablemente con la edad, alcanzando normalmente valores de alrededor del 20% o más entre las personas mayores de 80 años (gráfico 2.14). La gravedad de la dependencia funcional también aumenta con la edad, ya que las personas tienen dificultades para realizar un mayor número de actividades. Por ejemplo, las personas dependientes 65 a 79 años en México necesitan ayuda con un promedio de 2,2 actividades básicas de la vida diaria, mientras



que los mayores de 80 años necesitan ayuda para 2,6, actividades en promedio. Estas cifras son 1,5 y 1,9, respectivamente, en Costa Rica, y 2,8 y 3,4 en Brasil.¹¹

En segundo lugar, las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de experimentar dependencia funcional, y esta diferencia de género aumenta con la edad (gráfico 2.14). Una posible explicación de estas diferencias de género podría ser que, como se observó en la sección 2.4, las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero padecen más enfermedades debilitantes. Esto significa que las mujeres tienen más probabilidades de necesitar cuidados de larga duración que los hombres de la misma edad.

GRÁFICO 2.14 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), POR SEXO Y TRAMO DE EDAD, 2012-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE)



Fuente: cálculos propios basados en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) en Chile (2015), El Salvador (2013), Paraguay (2015) y Uruguay (2013); Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (Enasem) en México (2018); Encuesta Nacional de Discapacidad (Enadis) en Costa Rica (2018); Estudio Longitudinal da Saude dos Idosos (ELSI) en Brasil (2018); Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Adulto Mayor (Encaviam) en Argentina (2012); Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (Enhogar) en República Dominicana (2013); y Encuesta Nacional de Salud, Bienestar, y Envejecimiento (SABE) en Colombia (2018).

11. Cálculos propios con base en datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) en México (2018); Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS) en Costa Rica (2018); Estudio Longitudinal da Saude dos Idosos (ELSI) en Brasil (2018).



En tercer lugar, existe una fuerte asociación positiva entre la dependencia funcional y la presencia de enfermedades crónicas (cuadro 2.2). Esta asociación funciona en ambas direcciones. Por un lado, la aparición de un padecimiento crónico puede llevar a la dependencia funcional en el mediano y largo plazo. Por ejemplo, González-González et al. (2019) encuentran que en México las personas mayores con hipertensión, artritis, diabetes, y accidentes cerebrovasculares tienen más probabilidades de convertirse en personas dependientes en el futuro. Por otra parte, la dependencia funcional puede conducir a la aparición de enfermedades crónicas debido a la falta de actividad física, las deficiencias nutricionales, y el desarrollo de síntomas de depresión (Maresova et al., 2019). Por lo tanto, el creciente número de personas con enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe (véase la sección 2.4) podría conducir a un aumento de las necesidades de atención en el futuro si no se toman medidas preventivas.

CUADRO 2.2 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, 2013-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE)

Número de enfermedades crónicas	Brasil	Chile	Costa Rica	República Dominicana	México	Paraguay	El Salvador	Uruguay
Ninguno	7,0%	6,9%	4,4%	23,2%	16,3%	5,1%	1,9%	5,0%
1 o más	10,7%	13,8%	19,1%	32,6%	30,1%	8,8%	7,1%	11,1%

Fuentes: Elaboración propia con base en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) en Chile (2015), El Salvador (2013), Paraguay (2015) y Uruguay (2013); Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) en México (2018); Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR) en la República Dominicana (2013); Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS) en Costa Rica (2018); y Estudio Longitudinal da Saude dos Idosos (ELSI) en Brasil (2018).

Notas: Las enfermedades crónicas son autodeclaradas en los datos de estas encuestas y deben interpretarse con precaución

Por último, existe una correlación negativa entre la prevalencia de la dependencia funcional y el nivel socioeconómico (cuadro 2.3). En esta asociación intervienen al menos dos factores. En primer lugar, las personas socioeconómicamente vulnerables tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas, lo que a su vez aumenta las probabilidades de experimentar dependencia funcional. En segundo lugar, las personas vulnerables tienen menos acceso a los servicios de atención, lo que puede acabar intensificando las necesidades de cuidados.

CUADRO 2.3 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS (%), POR NIVEL DE EDUCACIÓN 2012-2018 (AÑO MÁS RECIENTE DISPONIBLE)

Nivel de educación	Argentina	Chile	El Salvador	Paraguay	Uruguay
Sin educación	11,2%	22,1%	6,8%	9,8%	15,3%
Nivel primario	6,9%	14,2%	3,6%	6,3%	10,2%
Nivel secundario	6,1%	7,7%	8,0%	3,3%	6,8%
Nivel terciario	2,9%	7,8%	n/a	n/a	5,1%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) de Chile (2015), El Salvador (2013), Paraguay (2015) y Uruguay (2013), y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ENCAVIAM) de Argentina (2012).



2.6 La discriminación por edad es otro factor clave que influye en la calidad de vida de las personas mayores

La calidad de vida de las personas mayores tiene muchas dimensiones más allá de las que se han tratado hasta ahora en este informe. Estas incluyen la vivienda y el entorno urbano, su sentido de propósito, la capacidad de mantener interacciones sociales significativas, y su capacidad de vivir en armonía y paz, entre otras (Van Leeuwen et al., 2019). En esta sección, analizamos las actitudes hacia las personas mayores y las experiencias de las personas mayores con la discriminación por edad. Las actitudes de discriminación por edad afectan al bienestar en general, así como al acceso a las prestaciones de protección social, como los servicios de salud y las pensiones.

La discriminación por edad es una forma de discriminación en la que se utiliza la edad para categorizar a las personas, generando daños, desventajas o injusticias (OMS, 2021a). Se debe a las opiniones negativas relacionadas con la edad que están arraigadas en nuestro pensamiento cotidiano e interacciones sociales, y afecta a la forma en que vemos y tratamos a los demás. El costo de la discriminación por edad en Estados Unidos se ha estimado en 850 000 millones de dólares en 2018 (o 4% del PIB) (Accius y Suh, 2020). Un tercio de esta pérdida del PIB se debe a que las mujeres se ven obligadas a jubilarse antes de lo que preferirían debido a la discriminación relacionada con la edad (Accius y Suh, 2020).

La discriminación por edad está muy extendida entre las personas, las comunidades, las políticas, y las instituciones de todo el mundo (Officer y De la Fuente-Núñez, 2018). Afecta a personas de todas las edades, no exclusivamente a las personas mayores. Por ejemplo, la discriminación por edad puede observarse en las políticas que apoyan el racionamiento de la atención médica en función de la edad, en las prácticas que limitan las oportunidades de determinados grupos de edad de participar en la toma de decisiones en el lugar de trabajo, o en el comportamiento condescendiente durante las interacciones con determinados grupos de edad (OMS, 2021a). La jubilación involuntaria por prejuicios debido a la edad, la reducción de las oportunidades de crecimiento para los empleados de más edad, y los límites de edad en el mercado laboral son formas comunes de discriminación por edad en el lugar de trabajo y con frecuencia suponen un obstáculo para trabajar más tiempo.

Además, las personas internalizan los estereotipos de edad de su cultura, lo que puede dar lugar a una discriminación autodirigida (OMS, 2021a). A medida que envejecemos, interiorizamos opiniones estereotipadas sobre lo que significa envejecer. Esta discriminación por edad “internalizada” puede afectar a lo que pensamos que podemos o debemos hacer a medida que envejecemos, lo que a menudo da lugar a la autoexclusión de la participación continua en las oportunidades de la vida y el crecimiento a edades mayores (por ejemplo, la desvinculación de nuevas actividades de aprendizaje, o el retiro voluntario).

La percepción de la discriminación por edad, por parte de uno mismo o de los demás, puede afectar a todas las dimensiones de la calidad de vida de las personas, incluida la salud, la autoestima, la disposición y las posibilidades de participar en actividades sociales o económicamente productivas e, incluso, la calidad de la atención médica recibida (Nelson, 2016; Bodner y Cohen-Fridel, 2010). Un reciente metaanálisis de estudios de 45 países (incluyendo cinco de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, México, y Uruguay) muestra que la discriminación por edad impacta de forma negativa en la salud física, mental y cognitiva de



las personas mayores (Chang et al., 2020). El estudio también asocia la discriminación por edad hacia las personas mayores con una mayor probabilidad de que se les niegue el acceso a los servicios de salud, oportunidades laborales limitadas, y redes sociales deficientes, entre otras consecuencias negativas (Chang et al., 2020). El estrés constante y la baja autoestima que podrían derivarse de la discriminación por edad tienen efectos psicológicos que podrían dar lugar a afecciones crónicas y a un deterioro de la capacidad funcional (Ober Allen, 2016).

Los datos sobre la discriminación por edad son escasos, pero la Encuesta Mundial de Valores (s. f.) ofrece la oportunidad de evaluar la discriminación por edad en la región. Officer et al. (2020) analizan los datos de nueve preguntas incluidas en la sexta ola de esta encuesta.¹² Clasifican a los países según muestren niveles altos, moderados, o bajos de actitudes de discriminación por edad.¹³ De los 57 países que se estudiaron en todo el mundo, 34 (59,6%) mostraron una discriminación por edad moderada o alta.

En América Latina y el Caribe, la mayoría de los países se clasificaron con niveles generales bajos de actitudes de discriminación por edad, excepto Brasil, Colombia, México, y Ecuador, que se incluyeron entre los que registran niveles moderados (gráfico 2.15). El porcentaje de personas que mostraron niveles altos de actitudes de discriminación por edad fue bajo en todos los países de la región, y el porcentaje más alto se encontró en Ecuador y Colombia (16% y 10%, respectivamente). A modo de comparación, otros países fuera de la región con actitudes de discriminación por edad moderadas son Marruecos, Libia, Pakistán, y Kazajstán. La mayoría de los países con altos niveles de actitudes de discriminación por edad se encuentran en África y el sur de Asia (Officer et al., 2020). Los porcentajes de personas que reportan actitudes de discriminación por edad moderadas o bajas no variaron de forma significativa entre hombres y mujeres en ningún país de la región.

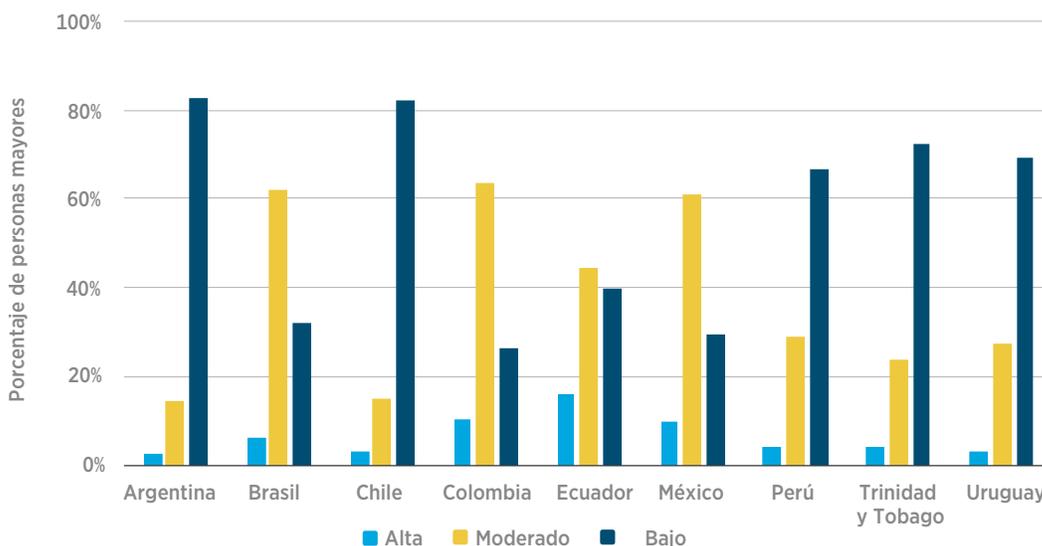
Los datos sobre personas mayores que experimentan actitudes de discriminación por edad son escasos en la región. En Costa Rica, el único país para el que se encontraron datos de este tipo, el 56,8% de las personas en el grupo de edad de 65 a 79 años y el 46,2% de las personas mayores de 80 años informaron haber sufrido discriminación por edad (cuadro 2.4). Estas cifras varían según el sexo y el entorno. Las mujeres de 65 a 79 años son las que más experimentan la discriminación por edad (66,4%). Una mayor exposición social en este grupo de edad puede explicar en parte este hallazgo, ya que los grupos de mayor edad podrían estar más aislados socialmente y, por tanto, es menos probable que declaren haber experimentado discriminación por edad fuera de su hogar. De hecho, la discriminación por edad en el seno de la familia y en el vecindario fue más frecuente entre los mayores de 80 años, mientras que las experiencias de discriminación por edad en los centros de atención médica y en el transporte público fueron más frecuentes entre las personas de 65 a 79 años.

12. La sexta ola de la Encuesta Mundial de Valores se realizó en 57 países, con un mínimo de 1200 participantes por país, durante el periodo 2010-2014. Se describen más detalles sobre los métodos y el muestreo en Encuesta Mundial de Valores, Sexta ronda, versión del archivo de datos por países, disponible en <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp>. Estamos profundamente agradecidos a Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan y Vânia de la Fuente Núñez por facilitarnos los datos utilizados en su estudio, estratificados por sexo y país (Officer et al., 2020).

13. La encuesta incluía nueve preguntas sobre actitudes de discriminación por edad: dos preguntas sobre "el grado de aceptación que la mayoría de la gente de su país encontraría si (1) se nombrara como jefe a una persona de 30 años debidamente calificada, y (2) se nombrara como jefe a una persona de 70 años debidamente calificada" (puntuadas con escalas de Likert de 10 puntos, desde "completamente inaceptable" hasta "completamente aceptable"); tres preguntas sobre si "la mayoría de la gente de su país consideraba a los mayores de 70 años como (3) amables, (4) competentes y (5) respetuosos" (escala Likert de cinco puntos, desde "nada probable que se les considere así" hasta "muy probable que se les considere así") cuatro preguntas sobre si pensaban que (6) "las personas mayores son una carga para la sociedad", (7) "las personas mayores reciben del gobierno más de lo que les corresponde", (8) "las empresas que emplean a jóvenes obtienen mejores resultados que las que emplean a personas de otras edades" y (9) "las personas mayores tienen demasiada influencia política" (escala Likert de cuatro puntos desde "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo") (Officer et al., 2020, p. 2).



GRÁFICO 2.15 PORCENTAJE DE ENCUESTADOS (%), POR NIVEL DE ACTITUDES DE DISCRIMINACIÓN POR EDAD DECLARADAS, 2010-2014



Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Encuesta Mundial de Valores 2010-2014 proporcionados por Officer y sus colegas (Officer et al., 2020).

CUADRO 2.4 PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES QUE EXPERIMENTARON DISCRIMINACIÓN POR EDAD EN COSTA RICA (%), 2018

	Hombres			Mujeres			Total		
	50-64	65-79	80+	50-64	65-79	80+	50-64	65-79	80+
La persona experimentó discriminación por edad	29,3%	47,3%	34,0%	30,5%	66,4%	57,5%	29,9%	56,8%	46,2%
Lugar en el que experimentaron la discriminación por edad (condicionado a experimentarla)									
Familia	2,0%	10,9%	24,4%	15,7%	32,3%	52,5%	9,2%	23,4%	42,6%
Centro de atención médica	7,9%	18,0%	0,0%	22,8%	24,8%	31,1%	15,7%	22,0%	20,2%
Vecindario	31,6%	10,7%	19,2%	29,5%	33,1%	48,6%	30,5%	23,8%	38,3%
Transporte público	10,9%	46,7%	56,4%	19,3%	44,1%	10,5%	15,3%	45,1%	26,6%

Fuente: Encuesta Nacional sobre Discapacidad (Enadis), 2018.

Es necesario realizar más investigaciones para comprender la discriminación por edad en la región, en particular la discriminación por edad que se experimenta, y cómo varía entre entornos y grupos de personas. Los países pueden incluir en las encuestas nacionales mediciones de las actitudes hacia las personas mayores y la discriminación por edad. Las campañas nacionales y subnacionales podrían contribuir a cambiar las percepciones, actitudes y comportamientos hacia las personas mayores, ayudando a mejorar su calidad de vida.



ENVEJECER
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES





3

La protección social está relacionada con una mejor calidad de vida

En la sección 2 se destacaron tres hechos. En primer lugar, la calidad de vida de las personas mayores en América Latina y el Caribe ha mejorado considerablemente durante las últimas dos décadas. En segundo lugar, a pesar de este avance, las personas mayores aún se enfrentan a retos importantes debido a la vulnerabilidad de sus ingresos, las enfermedades crónicas, y la dependencia funcional. En tercer lugar, el nivel y la trayectoria de la calidad de vida de las personas mayores varía ampliamente entre países, lo que indica que los casos más exitosos pueden utilizarse para orientar futuras reformas de políticas.

La principal hipótesis de este informe es que las políticas de protección social son un determinante crucial de la calidad de vida de las personas mayores (gráfico 3.1). Las pensiones proporcionan ingresos a las personas mayores y reducen su riesgo de caer en la pobreza. Los servicios de salud prolongan la esperanza de vida saludable por medio de la prevención y el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, y los servicios de atención a la dependencia ayudan a mantener o mejorar la capacidad funcional, contribuyendo a prolongar la esperanza de vida saludable. Además, las pensiones, los servicios de salud, y los servicios de atención a la dependencia se superponen y se complementan en su contribución a la calidad de vida de las personas mayores. Invertir en uno de estos campos puede tener efectos importantes en los otros dos, y estas relaciones tan importantes requieren un enfoque holístico para la elaboración y la aplicación de políticas.



GRÁFICO 3.1 ELEMENTOS CLAVE DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Elaboración propia.

Los servicios de salud y de atención a la dependencia financiados con fondos públicos son componentes importantes de la seguridad de ingresos de las personas mayores porque reducen los gastos de bolsillo, mitigando la presión sobre los sistemas de pensiones. Los gastos de bolsillo en atención

médica y atención a la dependencia representan una parte importante de los ingresos de las personas mayores (sobre todo, de las personas de escasos recursos) y, en algunos casos, puede alcanzar proporciones catastróficas, aumentando el riesgo de empobrecimiento (Bango y Cossani, 2021). En Paraguay, por ejemplo, los gastos corrientes anuales promedio en salud de los hogares con personas mayores equivalen al valor de 19 días de consumo de alimentos (Giménez et al., 2019). En México, las personas mayores con algún grado de dependencia funcional gastan más del 50% de los ingresos de sus pensiones en gastos en salud de su propio bolsillo (Salinas-Rodríguez et al., 2020). Ante esta evidencia, los servicios de atención médica y de atención a la dependencia que reducen los gastos de bolsillo pueden considerarse una forma indirecta de aumentar la renta disponible de las personas mayores en lugar de subir las pensiones. Además, la dependencia funcional es un riesgo caro de asegurar (Barr, 2010). Lo mismo podría decirse de los gastos catastróficos en atención médica. Por estas razones, es más eficiente desarrollar buenos sistemas de salud y atención a la dependencia que proporcionar a todos los potenciales usuarios una pensión lo suficientemente alta como para cubrir los costos de los servicios en caso de que los necesiten.



Las inversiones en salud y envejecimiento activo que prolongan los años de vida saludable y productiva de las personas aumentan la productividad y la participación en la fuerza de trabajo de las personas mayores. Heijdra y Reijnders (2012) indican que la longevidad económica (que permite a las personas permanecer en el mercado laboral durante más tiempo al aumentar su capital humano y físico) puede compensar los desafíos que el envejecimiento de la población plantea al crecimiento económico, al impulsar el ahorro y al estimular la acumulación de capital humano. También puede reducir la presión sobre los sistemas de pensiones, salud, y atención a la dependencia (Bloom et al., 2015). Un estudio llevado a cabo en Reino Unido identificó los siguientes obstáculos para prolongar la vida laboral de las personas: condiciones de salud precarias, impactos negativos del trabajo en la salud, y discriminación por edad (Edge et al., 2020). La evidencia indica que este mecanismo podría ser un factor importante en América Latina y el Caribe. En Uruguay, por ejemplo, el 30% de las personas sin enfermedades crónicas trabajan más allá de los 60 años (la edad legal de jubilación actual), pero solo el 17% de las personas con enfermedades crónicas lo hace.¹⁴

Las inversiones en sistemas de atención a la dependencia aumentan la participación laboral, especialmente de las mujeres, lo que ayuda a los sistemas de pensiones al aumentar las aportaciones a la seguridad social. Los datos de cuatro países de América Latina y el Caribe muestran que el cuidado de los miembros mayores de la familia está relacionado con una disminución del empleo femenino, así como en el número de horas de trabajo en el caso de las mujeres que trabajan (Stampini et al., 2020). Esta reducción del empleo en las distintas etapas de la vida de las mujeres se traduce posteriormente en una menor cobertura de pensiones contributivas, aumentando la necesidad de programas de pensiones no contributivas. Por el contrario, el desarrollo de la economía de los cuidados de larga duración tiene el potencial de generar millones de empleos formales de alta calidad para mujeres y hombres. En la República de Corea, el sector ha creado medio millón de puestos de trabajo en los primeros diez años de su implementación, lo que constituye casi el 2% del empleo total del país (Cafagna et al., 2019). En Uruguay, los datos de 2019 muestran que el sistema de cuidados empleaba a 4500 personas y presentaba un déficit de 5600 cuidadores. Juntas, estas dos cifras representan el 3% de todo el empleo informal del país. Esto indica que Uruguay podría disminuir el empleo informal en un punto porcentual al brindar empleo formal a unas 10 000 personas en el sistema de cuidados.¹⁵ La economía de los cuidados de larga duración tiene el potencial de generar aproximadamente cuatro millones de puestos de trabajo en Argentina, Brasil, México, y Perú hacia el 2030.¹⁶ Si se implementan las políticas adecuadas, estos empleos pueden contribuir a hacer más sostenibles los sistemas de pensiones de la región.

La inversión en servicios de atención a la dependencia produce ahorros en los sistemas de salud. Los datos muestran que la falta de un sistema de atención a la dependencia afecta el gasto en atención médica, ya que el sector salud termina pagando hospitalizaciones evitables y presta servicios de cuidados que serían brindados de manera más eficiente por el sector social. Los estudios demuestran que: (i) la escasa inversión en servicios de atención a la dependencia se traduce en una atención médica hospitalaria más costosa debido, por ejemplo, a un mayor número de hospitalizaciones, estancias hospitalarias

14. Elaboración propia con base en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2013.

15. Elaboración propia con base en los siguientes datos del Instituto Nacional de Estadística (consultados en <https://www.ine.gub.uy/>, noviembre de 2020): 1 582 917 personas en la fuerza de trabajo; tasa de informalidad del 25%.

16. Elaboración propia con base en datos de la Organización Internacional del Trabajo (2018). Cuadro A.5.2., p. 428, escenario "High Road".



más largas, o a más consultas de urgencias (Hofmarcher et al., 2007; Bodenheimer, 2008; Mur-Veeman y Govers, 2011; Costa-Font et al., 2018); (ii) la asistencia domiciliar reduce las consultas médicas, las hospitalizaciones y la duración de las estancias hospitalarias (Forder et al., 2019); y (iii) los servicios de atención preventiva de larga duración reducen los costos en atención médica (Nishi et al., 2020). Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en Estados Unidos muestra que los seguros de dependencia de larga duración causan un 14% menos de gastos médicos al final de la vida (Holland et al., 2014). A pesar de que los datos de la región son escasos, un estudio llevado a cabo en Brasil concluyó que alrededor del 30% de las hospitalizaciones de personas mayores podrían tratarse o prevenirse por medio de servicios de atención a la dependencia o atención ambulatoria (De Souza y Peixoto, 2017). De manera similar, un sistema de atención médica sólido que promueva la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento de enfermedades crónicas mitiga la pérdida de capacidad funcional de las personas mayores, lo que tiene como resultado una menor necesidad de servicios de atención a la dependencia.

En esta sección, evaluamos el estado actual de las políticas de protección social de cada país de América Latina y el Caribe. Para cada política, se analizan dos aspectos: la cobertura (es decir, el porcentaje de personas mayores que se benefician de ella) y la calidad (cuya definición varía en el caso de cada política). Se identificaron importantes discrepancias en la cobertura y la calidad de la protección social entre los países, así como la necesidad de reformas comunes a todos.



3.1 Pensiones

A medida que la gente envejece, las pensiones se convierten en su principal fuente de ingresos, por lo que una cobertura amplia y unos niveles adecuados de estas prestaciones son cruciales para la seguridad de ingresos. Existen una gran variedad de sistemas de pensiones en la región. Para el caso de los contributivos, hay tres tipos: el primero, y que existe en la mayoría de los países, es el tradicional de beneficio definido, en donde la pensión se determina mediante una fórmula; en nueve países existen sistemas de contribución definida, en donde la pensión es proporcional a los ahorros generados en una cuenta individual y tres países combinan ambos sistemas (consulte las definiciones en el recuadro 3.1). Además, debido en parte a los grandes vacíos históricos de cobertura en los sistemas de pensiones contributivas, la región ha desarrollado arreglos no contributivos que proporcionan prestaciones a personas que no cumplen con los requisitos para una pensión contributiva.

3.1.1 Cobertura de las pensiones

La cobertura de las pensiones ha aumentado durante las últimas décadas, sin embargo, varía considerablemente de un país a otro. En promedio, el 69% de las personas mayores de 65 años recibe una pensión, lo que representa un importante aumento respecto al 46% de hace 20 años. Alrededor del 48% de los mayores de 65 está cubierto por sistemas de pensiones contributivos. El 21% restante se cubre por medio de transferencias no contributivas. En 2019, algunos países de la región habían alcanzado una cobertura de las pensiones casi universal. En Bolivia, Brasil, Chile, Guyana, Surinam y Uruguay, más del 85% de las personas mayores recibían una pensión. Por otro lado, la cobertura de las pensiones era inferior al 20% en El Salvador, Guatemala, y Honduras (gráfico 3.2, panel superior).^{17 18}

El porcentaje de hombres que reciben una pensión es mayor al de las mujeres (70% en comparación con el 68%), pero una mayor proporción de las pensiones de los hombres se otorgan a través del sistema contributivo (gráfico 3.2, panel inferior). En países como Argentina, Ecuador, Guyana y Surinam, la proporción de mujeres que recibe pensión es mayor que la de hombres. Sin embargo, cerca del 73% de las pensiones que se otorgan a hombres se generan a través del sistema contributivo, en comparación con el 62% en el caso de las mujeres. Como se puede observar a continuación, esto tiene importantes consecuencias en el valor de las pensiones.¹⁹ La diferencia es especialmente notable en países como Bolivia, Chile, Costa Rica, Guyana, México y Surinam, donde la brecha de cobertura de las pensiones contributivas entre hombres y mujeres supera los 10 puntos porcentuales.

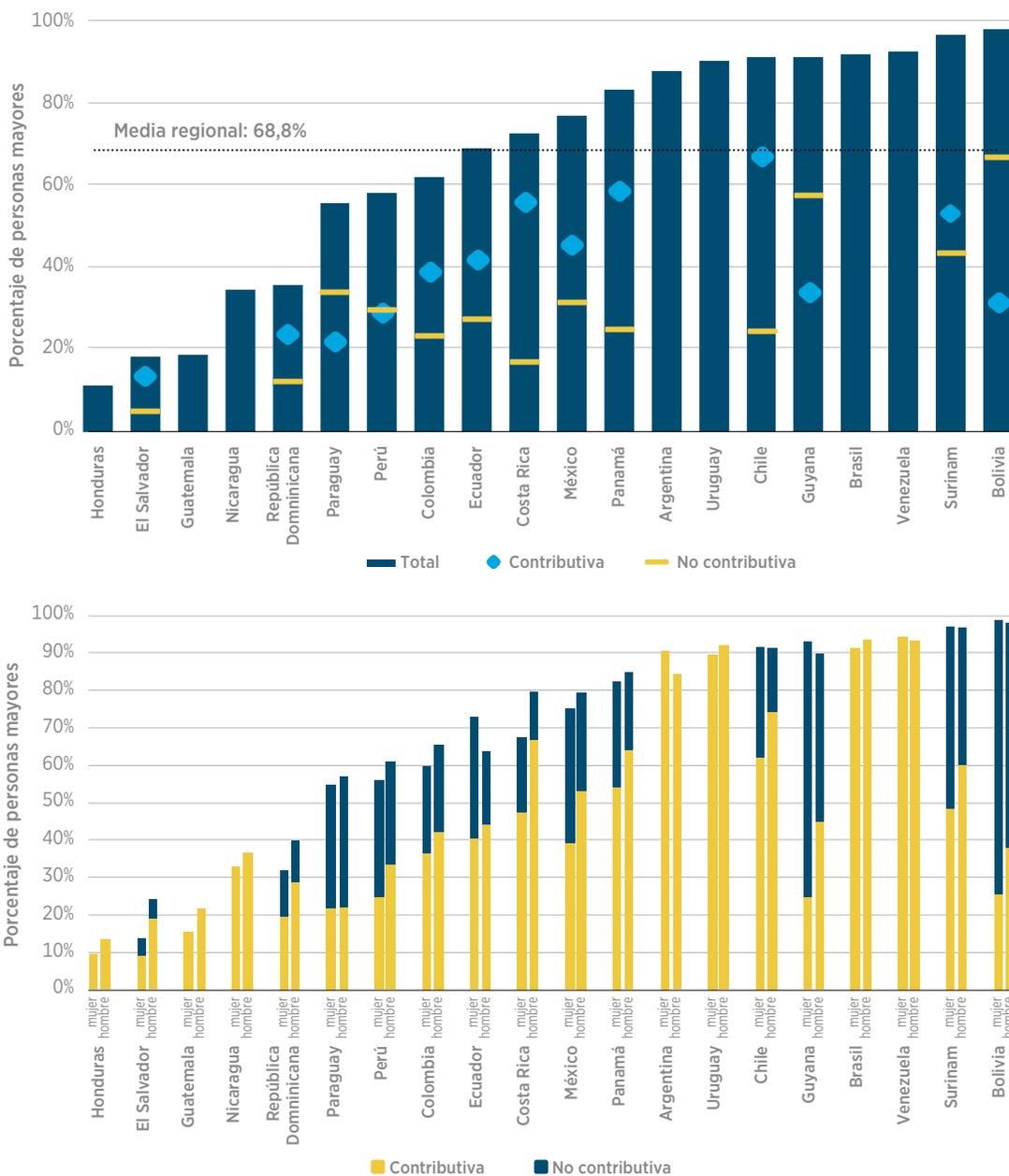
17. Elaboración propia con base en las Encuestas de hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe, Banco Interamericano de Desarrollo (2020).

18. En México se emitió un decreto en el 2020 que convierte la percepción de pensiones no contributivas en un derecho constitucional para las personas mayores.

19. Los datos sobre Argentina, Brasil y Uruguay no diferencian entre cobertura contributiva y no contributiva. En el caso de estos tres países con alta cobertura, toda se considera contributiva, lo que puede inflar de manera artificial la proporción de mujeres con acceso a pensiones contributivas.



GRÁFICO 3.2 COBERTURA DE PENSIONES EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, 2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Encuestas de Hogares Armonizadas del Banco Interamericano de Desarrollo.
Notas: En Argentina, Brasil, Nicaragua, Uruguay, Venezuela no es posible distinguir entre cobertura contributiva y no contributiva. Bosch et al. (2013) calculan que al menos el 20% de las pensiones en estos países podrían considerarse no contributivas. El valor regional se calcula como una media no ponderada. Los datos de Nicaragua no se incluyen en el promedio regional, ya que la última cifra disponible es del 2012.



RECUADRO 3.1 CONCEPTOS Y DEFINICIONES CLAVE DEL SISTEMA DE PENSIONES

Bosch et al. (2013, p. 23) brindan definiciones clave de los tipos de sistemas de pensiones y de cómo se financian.

Tipos de sistemas de pensiones

Sistemas de beneficio definido. En estos sistemas, las personas reciben pensiones según una fórmula vinculada a su historial de aportaciones como empleados. La fórmula para las prestaciones puede basarse en el último salario del trabajador o en sus aportaciones durante un periodo más largo (por ejemplo, los últimos cinco o diez años).

Sistema de contribución definida. En este sistema, los montos de las pensiones se determinan en función del valor de los activos que las personas acumulan durante su vida laboral. Las prestaciones pueden retirarse todas a la vez, programar retiros planificados o utilizarse para adquirir una renta que proporcione ingresos mensuales durante el resto de la vida de la persona.

Pensión no contributiva. En este sistema, los montos de las pensiones no están determinados por ninguna aportación de las personas. La pensión puede otorgarse de manera general, como en Bolivia, o ser más selectiva, con requisitos como tener determinado nivel de ingresos o no recibir ninguna pensión contributiva. Por lo general, el gobierno establece el nivel de la pensión y lo ajusta con el tiempo.

Financiación

De capitalización total. Los activos acumulados por medio del plan de pensiones se utilizan para pagar las prestaciones de pensión.

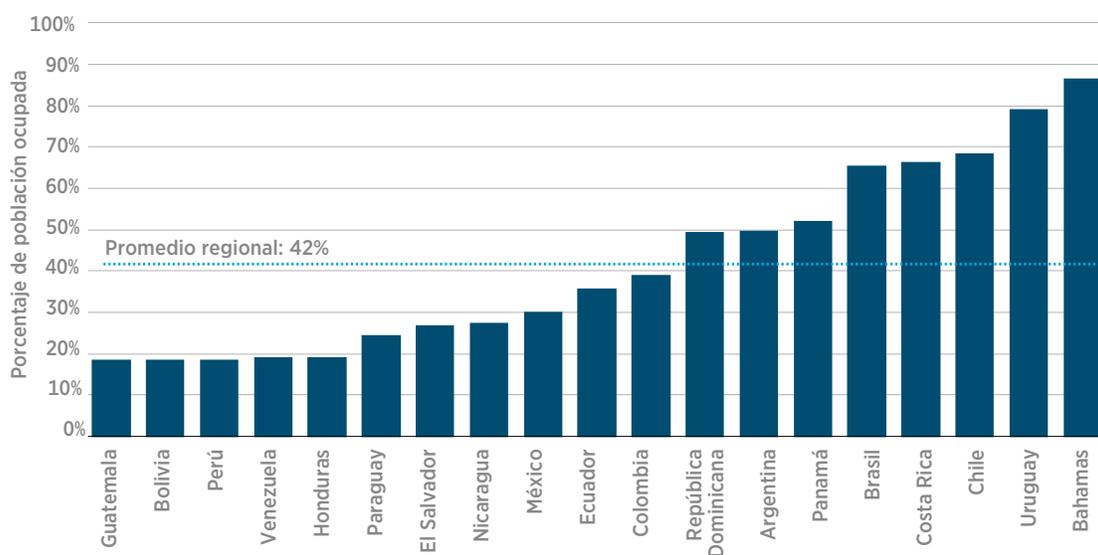
De capitalización parcial. Se utilizan los activos acumulados y las aportaciones actuales de los trabajadores o los impuestos generales recaudados por el gobierno para pagar las prestaciones.

De reparto. Las aportaciones o los impuestos generales recaudados por el gobierno se utilizan para pagar las prestaciones de las pensiones. Los sistemas de capitalización parcial o de reparto, por lo general, se denominan sistemas de capitalización-distribución.



Las estrategias para alcanzar una cobertura elevada se han basado en la ampliación de las prestaciones no contributivas. Hoy en día solo el 42% de los trabajadores de la región, y menos del 30% de la población en edad laboral contribuye a los planes de pensiones (gráfico 3.3). Incluso en los países con mejores resultados de la región, como Bahamas, Chile o Uruguay, una gran parte de la población en edad laboral no cumplirá con los requisitos para una pensión contributiva (Bosch et al., 2013). Esta situación apenas ha cambiado durante los últimos 20 años. Como era de esperar, la mayoría de los países tuvo que poner en marcha sistemas de pensiones no contributivas para reducir las brechas de cobertura. Probablemente los casos más conocidos son los de Bolivia y Guyana, dos de los países más pobres de la región, que lograron una cobertura universal de pensiones a través de sus programas de pensiones no contributivas Renta Dignidad y la Pensión por Edad Avanzada, respectivamente (en el caso de Bolivia, véase el recuadro 3.2). A pesar de que estas pensiones no contributivas han ayudado a mitigar las brechas de cobertura, no siempre proporcionan una seguridad de ingresos adecuada, como se explica en la subsección siguiente.

GRÁFICO 3.3 PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE APORTAN A LOS PLANES DE PENSIONES, 2019



Fuente: Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social (SIMS).

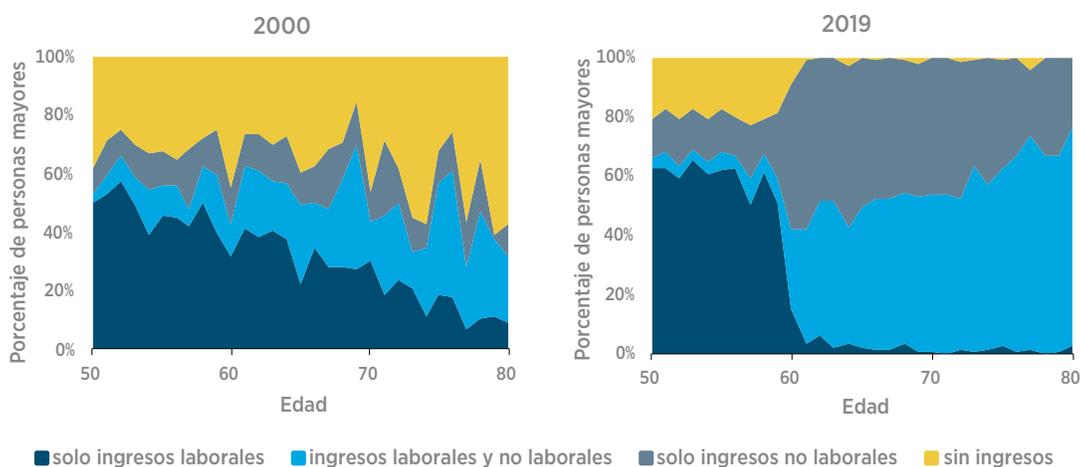
Notas: Los porcentajes se calculan al dividir el número de trabajadores ocupados que contribuyen al sistema de seguridad social entre la población ocupada. El valor regional se calcula como una media no ponderada.



RECUADRO 3.2 AMPLIACIÓN DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS EN BOLIVIA

En Bolivia, una parte importante de las personas mayores no contaba con ingresos en el año 2000 (área amarilla en el panel izquierdo del gráfico 3.2B). Este porcentaje aumentaba con la edad, y el 60% de las personas mayores de 80 años no contaba con ingresos. Durante las últimas dos décadas, el gobierno amplió la cobertura de las pensiones no contributivas a través del programa Renta Dignidad, que alcanzó al 97,2% en el 2019. Como resultado, en el 2019 casi ninguna persona mayor de 60 años no contaba con ingresos (gráfico B3.2B, panel derecho). El crecimiento del área azul claro refleja la expansión de las pensiones no contributivas. Sin embargo, dado el monto relativamente bajo de la pensión, una parte importante de las personas mayores combina la pensión con ingresos del trabajo (área azul oscuro).

GRÁFICO B3.2 TENDENCIAS EN LA COMPOSICIÓN DEL INGRESO EN BOLIVIA POR EDAD, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Encuestas de Hogares Armonizadas del Banco Interamericano de Desarrollo.



3.1.2 Calidad de las pensiones: suficiencia

Un objetivo central del sistema de pensiones es brindar un nivel adecuado de ingresos a edades avanzadas cuando las personas se jubilan. Por lo general, la suficiencia se analiza a través de la relación entre el monto de la pensión y el monto de los ingresos antes de la jubilación (o un promedio de los ingresos de toda la vida). Esta relación se conoce como la tasa de reemplazo. Este informe se basa en los datos de las encuestas de hogares para estimar una tasa de reemplazo total efectiva, que se define como la relación entre el monto promedio de todas las pensiones (incluidas las contributivas y las no contributivas) y el salario promedio de los trabajadores de entre 50 y 64 años (formales o informales).²⁰

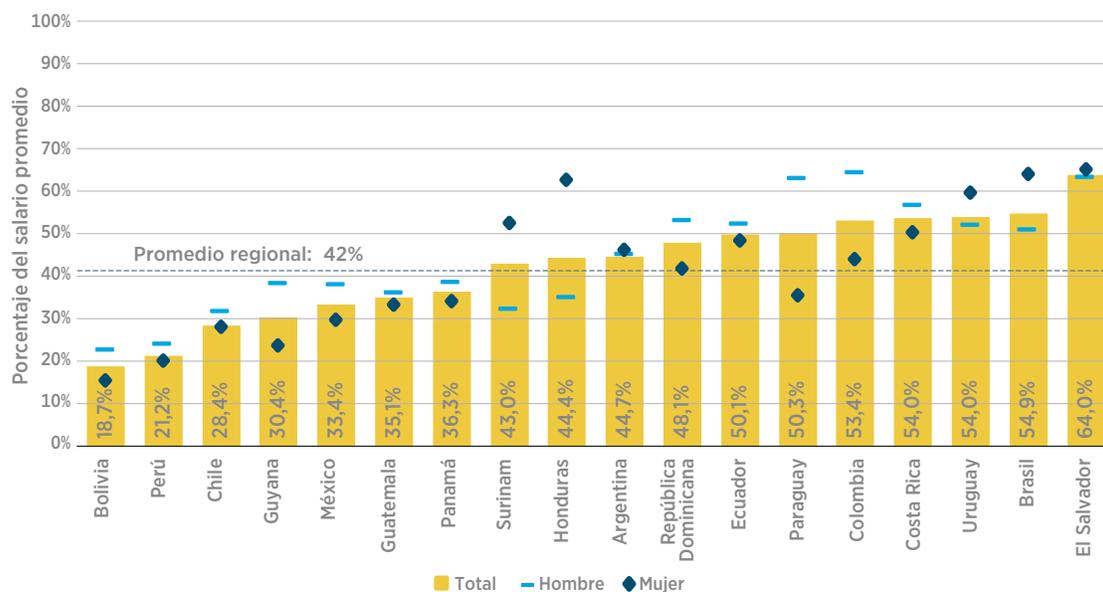
En promedio, las pensiones ascienden al 42% de los salarios, con variaciones importantes entre los países. Brasil, Colombia, Paraguay, El Salvador, y Uruguay presentan los valores más altos, con pensiones por encima del 50% de los salarios medios. En el otro extremo se encuentran Bolivia, Chile, y Perú con pensiones por debajo del 30% de los salarios medios (gráfico 3.4). Estas cifras incluyen las prestaciones contributivas y las no contributivas, que son cuantitativamente muy diferentes.

Parte de las diferencias en las tasas de reemplazo entre los países surge de la manera en que se determinan las prestaciones en el sistema contributivo. En general, los sistemas de beneficio definido están diseñados para brindar una tasa de reemplazo relativamente alta, mientras que los sistemas de contribución definida tienden a proporcionar tasas de reemplazo significativamente menores (recuadro 3.3). Los sistemas contributivos de la región otorgan una tasa de reemplazo promedio del 56%. Los sistemas contributivos de beneficio definido son los que otorgan mayores tasas de reemplazo. Este es el caso de Paraguay (98%), Colombia (85%) y Ecuador (72%). Por el contrario, los países con sistemas de contribución definida presentan tasas de reemplazo mucho más bajas, incluyendo a Perú (33%) y Chile (35%).

20. La tasa de reemplazo se puede definir de diferentes maneras. Puede calcularse a nivel individual (la pensión de una persona como porcentaje de su salario anterior) o a nivel agregado, que es el método utilizado en este informe. El salario de referencia puede ser el último pago de salario de una persona o su salario promedio en los años previos a la jubilación.



GRÁFICO 3.4 TASA DE REEMPLAZO PROMEDIO DE PENSIONES CONTRIBUTIVAS Y NO CONTRIBUTIVAS (%)



Fuente: Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Armonizadas del Banco Interamericano de Desarrollo.

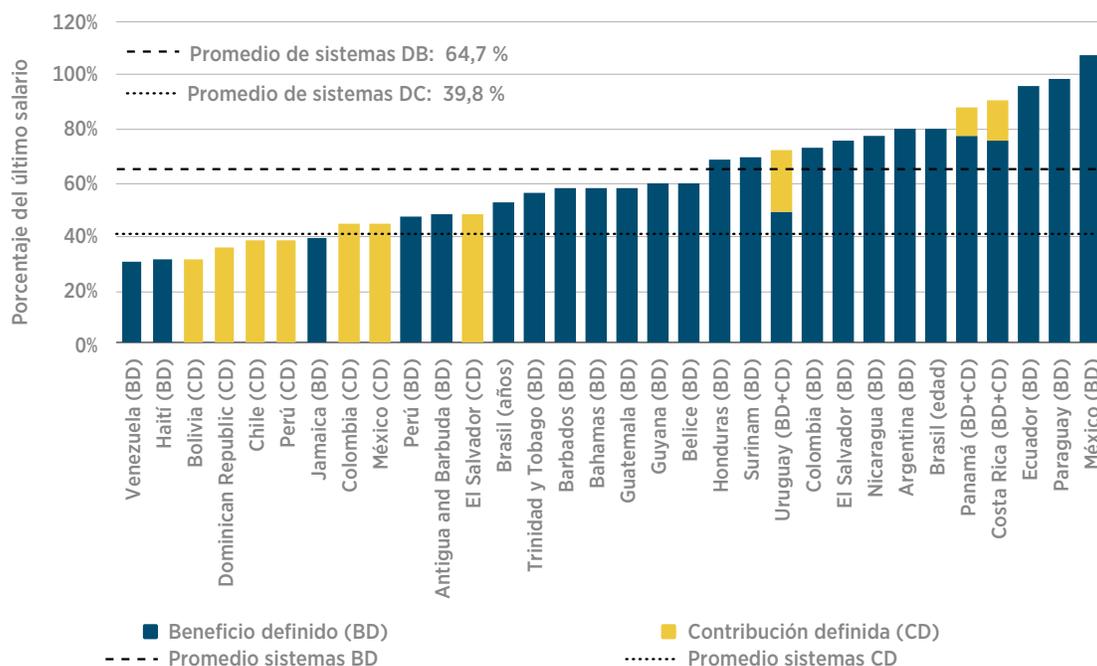
Notas: El valor regional se calcula como una media no ponderada. Los datos sobre Argentina, Brasil y Uruguay no diferencian entre cobertura contributiva y no contributiva.



RECUADRO 3.3 TASAS DE REEMPLAZO TEÓRICAS

Las tasas de reemplazo teóricas muestran lo que los sistemas están diseñados para hacer en el caso de las personas que aportan durante toda su vida. Altamirano et al. (2018) calcularon las tasas de reemplazo teóricas de 26 países de América Latina y el Caribe. De acuerdo con sus cálculos, los sistemas tradicionales, públicos y de beneficio definido son generosos según los estándares internacionales. La pensión promedio ofrecida en América Latina y el Caribe en relación con el último pago salarial es del 65%, en comparación con el 49% en la OCDE (OCDE, 2019) (gráfico 3.3B). Por el contrario, las pensiones de los sistemas de contribución definida son bajas, con tasas de reemplazo inferiores al 40%. Debido a las tasas de aportación relativamente bajas, a la disminución constante de la rentabilidad de los activos (que se presume que es del 3,5% en términos reales) y a la baja edad mínima de jubilación, estos sistemas proporcionarán pensiones muy por debajo de las expectativas de los ciudadanos, lo que pone en duda su sostenibilidad social.

GRÁFICO B3.3 TASAS DE REEMPLAZO TEÓRICAS DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES (PARA TRABAJADORES QUE APORTAN DURANTE TODA SU VIDA LABORAL, %)



Fuente: Altamirano et al. (2018).

Notas: BD = beneficio definido; CD = contribución definida. El promedio de los sistemas de contribución definida excluye el componente de contribución definida de los sistemas mixtos. La densidad de aportación es el porcentaje de aportaciones a la seguridad social que el trabajador hizo, en comparación con el número total de meses trabajados durante la vida laboral. Los datos de este gráfico presumen una densidad de aportación del 100% en todos los casos. En Brasil, la elegibilidad para la pensión se alcanza cuando la persona cumple con un determinado número de años de aportaciones o cuando llega a una determinada edad; la tasa de reemplazo teórica de estas dos opciones se muestra por separado (como "años" y "edad", respectivamente).



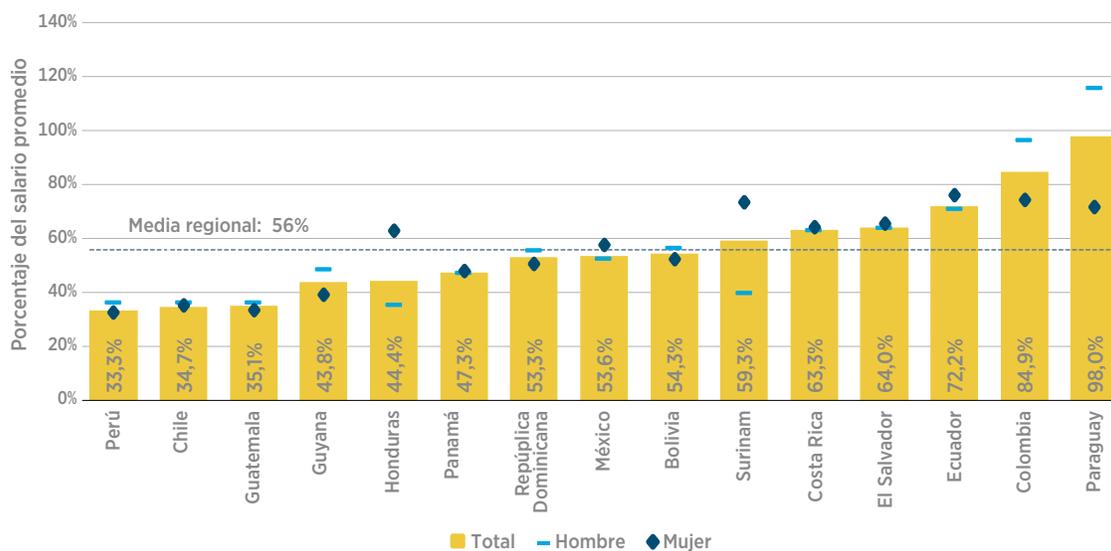
En el caso de las personas que cumplen con los requisitos para pensiones contributivas, las diferencias por género en las tasas de reemplazo son relativamente reducidas en la mayoría de los países.

A pesar de que, por lo general, las mujeres reciben pensiones contributivas menores (un 10% menos en promedio), la tasa de reemplazo es similar a la de los hombres porque también suelen tener salarios más bajos. Sin embargo, la brecha de género sigue siendo elevada en algunos países. En Paraguay, la tasa de reemplazo promedio de las pensiones contributivas es 44 puntos porcentuales más alta para los hombres que para las mujeres, y en Colombia esta brecha es de 21 puntos porcentuales. Por el contrario, en Surinam la tasa de reemplazo promedio de las pensiones contributivas es 34 puntos porcentuales más alta para las mujeres que para los hombres, y 28 puntos porcentuales más alta en Honduras (gráfico 3.5). Además, existen grandes brechas de género en el porcentaje de pensiones contributivas, lo que afecta a la suficiencia en general.

El otro factor crucial que explica las diferencias en la suficiencia de las pensiones entre países es la importancia relativa (cobertura y monto) de las pensiones no contributivas.

Los países que dependen principalmente de las prestaciones no contributivas presentan una suficiencia, en general, más baja. La tasa de reemplazo empírica de pensiones no contributivas es, en promedio, de solo el 11% de los salarios, muy por debajo del 56% de las pensiones contributivas (gráfico 3.6). Las tasas de reemplazo no contributivas más elevadas se encuentran en Surinam y Guyana, mientras que las más bajas se encuentran en la República Dominicana y Colombia.

GRÁFICO 3.5 TASA DE REEMPLAZO PROMEDIO DE PENSIONES CONTRIBUTIVAS (%)

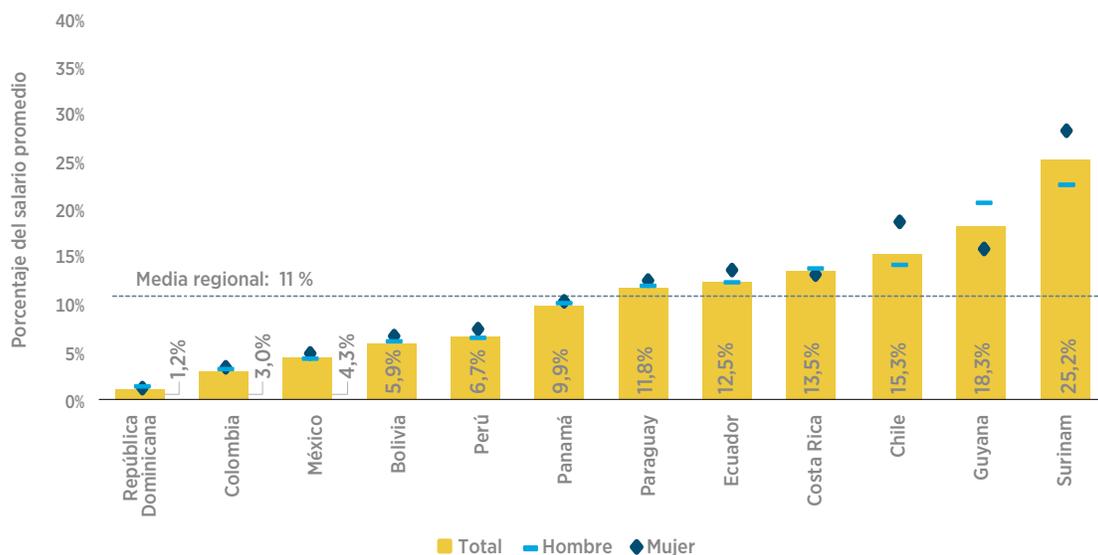


Fuente: Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Armonizadas del Banco Interamericano de Desarrollo.

Nota: El valor regional se calcula como una media no ponderada.



GRÁFICO 3.6 TASA DE REEMPLAZO PROMEDIO DE PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS (%)



Fuente: Elaboración propia con base en las Encuestas de Hogares Armonizadas del Banco Interamericano de Desarrollo.

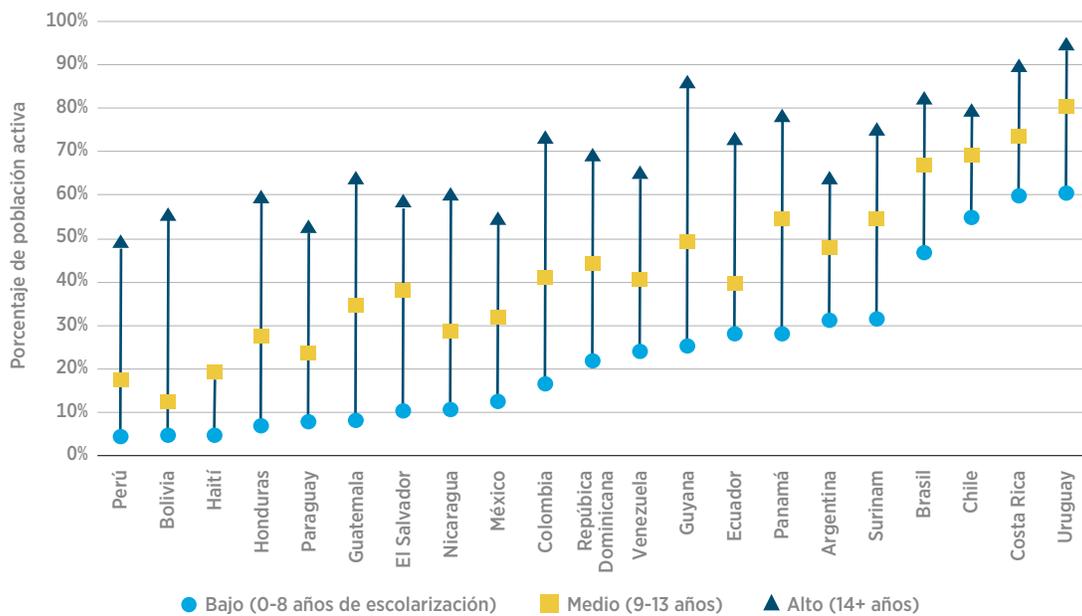
Nota: El valor regional se calcula como una media no ponderada.

La equidad en el gasto en pensiones sigue siendo un reto, sobre todo en los sistemas de beneficio definido generosos.

Los sistemas de pensiones contributivas poseen características bien conocidas que producen un gasto regresivo. Por ejemplo, en todos los países de la región los trabajadores con menos estudios trabajan menos tiempo en empleos formales (y, por lo tanto, aportando a su sistema de pensiones) que los trabajadores con un alto nivel de estudios (gráfico 3.7). Esta característica del mercado laboral, combinada con períodos de elegibilidad relativamente largos (es decir, el número de años de aportaciones necesarios para tener derecho a las prestaciones), deja a muchos trabajadores sin pensión contributiva, a pesar de haber aportado al menos durante algunos años al sistema formal. Además, en los sistemas de beneficio definido, las prestaciones calculadas en función de los últimos años de salario tienden a beneficiar a los trabajadores con altos ingresos y con trayectorias salariales más pronunciadas. Esto implica grandes subsidios para los pocos individuos que logran obtener una pensión contributiva. Altamirano et al. (2018) calculó que esos subsidios ascienden a un promedio de 75 000 USD por persona en valor actual al momento de la jubilación, y en algunos países pueden llegar hasta 300 000 USD. Estos subsidios tenderán a recaer en los trabajadores con altos ingresos, a pesar de que las pensiones no contributivas pueden compensar, al menos en parte, esta característica regresiva de los sistemas de pensiones.



GRÁFICO 3.7 TASAS DE EMPLEO FORMAL POR NIVEL EDUCATIVO, 2018 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social (SIMS).



SIGUE
LEYENDO
SOBRE:



3.2 Servicios de salud

A medida que la población envejece, las necesidades de atención médica tienden a aumentar, y los tipos de servicios de salud necesarios pasan del tratamiento de enfermedades agudas a la prevención y tratamiento a largo plazo de enfermedades crónicas (OMS, 2015). El aumento de las tasas de enfermedades crónicas, la multimorbilidad, la fragilidad y la pérdida de capacidad funcional son características de las sociedades que envejecen, y los sistemas de salud deben adaptarse a ellas. La región ha avanzado mucho hacia este cambio de enfoque en diferente magnitud en los diferentes países. Sin embargo, aún queda mucho por hacer.

En esta sección, se analiza el acceso y la calidad de los servicios de salud en la región. En la medida de lo posible, compartimos evidencia enfocada en las personas mayores, pero en muchos casos los datos desagregados por edad son limitados. Los indicadores basados en toda la población son, de todas formas, útiles ya que el estado de salud de una persona no se establece en un momento determinado, sino que es el resultado de la suma de una multiplicidad de factores y decisiones a lo largo de toda la vida. Por lo tanto, las características de los sistemas de salud a los que acceden las personas durante todas las etapas de la vida, desde la infancia, son importantes para determinar la salud durante la vejez (Blas et al., 2010).

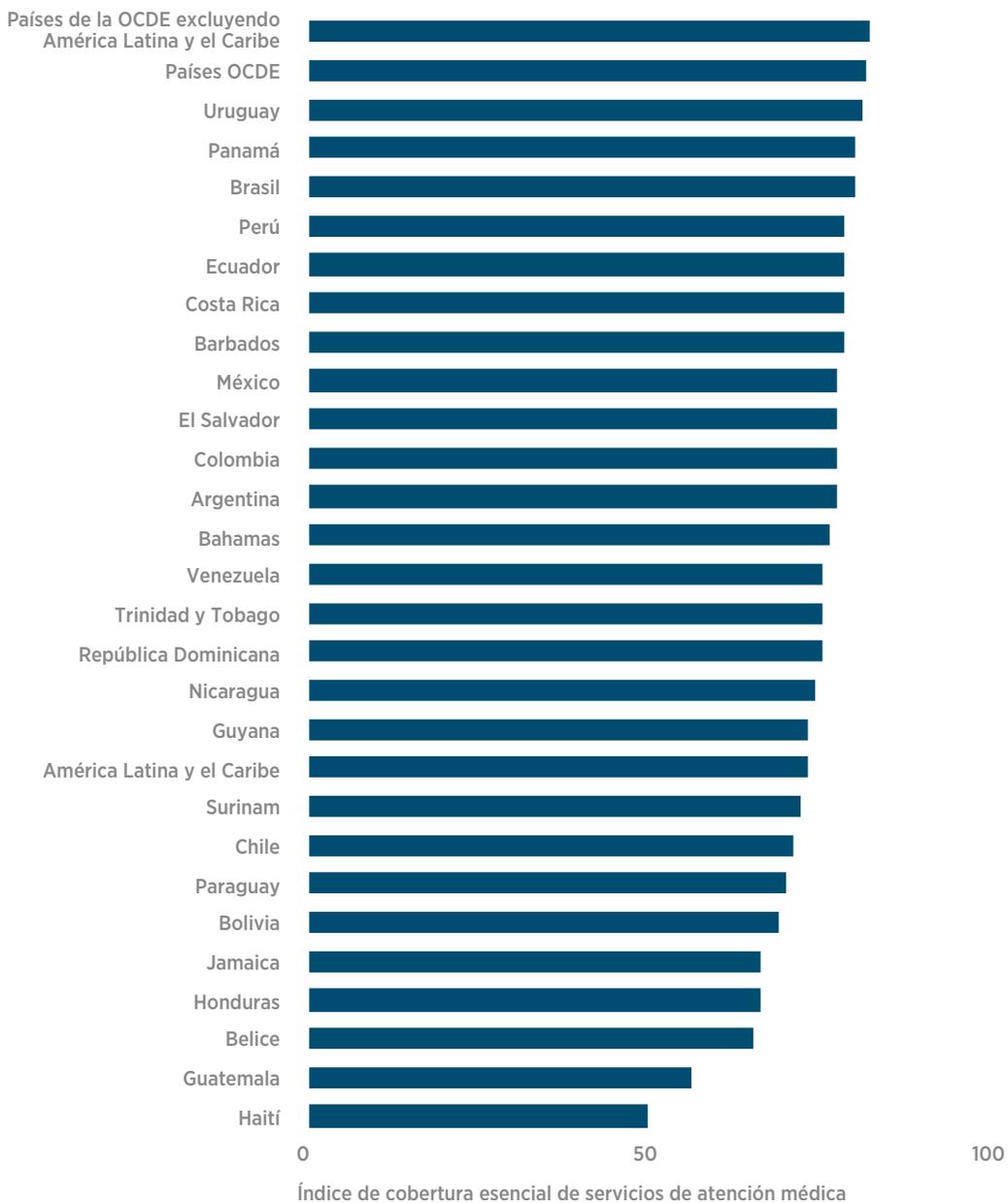
3.2.1 Acceso y cobertura de los servicios de salud

La mayoría de las personas en América Latina y el Caribe tienen acceso a servicios de atención médica, como se resume en el Índice de Cobertura de Servicios Esenciales de la Organización Mundial de la Salud. El índice varía de 0 a 100 y combina 14 indicadores de cobertura de servicios, incluyendo servicios de salud materno-infantiles, para enfermedades infecciosas, y enfermedades crónicas, junto con medidas de acceso y capacidad. En la región, 19 países obtuvieron una puntuación de 70 o más. Brasil, Panamá y Uruguay, obtuvieron puntuaciones muy cerca del promedio de 80 de la OCDE. Solo Guatemala y Haití obtuvieron una puntuación por debajo de 60 (gráfico 3.8).

El desempeño relativamente bueno de la región es resultado de años de esfuerzos de los países para aumentar la cobertura y el acceso. Uno de los motivos de la oleada de reformas de salud de principios de la década del 2000 fue abordar las importantes brechas en la cobertura de salud causadas por sistemas fragmentados institucional y financieramente (Atun et al., 2015). Por ejemplo, en el 2007 Uruguay implementó una reforma que amplió la cobertura de la atención médica a todos los beneficiarios de pensiones contributivas (antes de la reforma, la cobertura de este grupo estaba restringida a los sectores de bajos ingresos). En 2006, Bolivia creó el Seguro de Salud para Adultos Mayores (SSPAM), que cubre a todas las personas mayores de 60 años que no tienen otro seguro de salud (Pavón-León et al., 2017). Desde el 2010, la mayoría de las reformas han sido progresivas y tratan de ampliar la cobertura o mejorar la equidad y la calidad a través de instituciones existentes en lugar de promulgar nuevas iniciativas o hacer grandes cambios de políticas.



GRÁFICO 3.8 ÍNDICE DE COBERTURA UNIVERSAL DE LOS SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD, 2017



Fuente: Índice de Cobertura Universal de los Servicios de Salud 2017, Organización Mundial de la Salud (OMS). Consultado el 19 de noviembre de 2021.



Además de ampliar la cobertura, muchos países han tomado medidas para que los servicios de salud sean más asequible para las personas mayores mediante consultas o medicamentos gratuitos o subsidiados. La OCDE (2019) encontró que 15 de los 16 países de América Latina y el Caribe incluidos en su análisis introdujeron disposiciones especiales para mejorar el acceso a la salud para los grupos de alto riesgo, incluidas las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas (Lorenzoni et al., 2019).

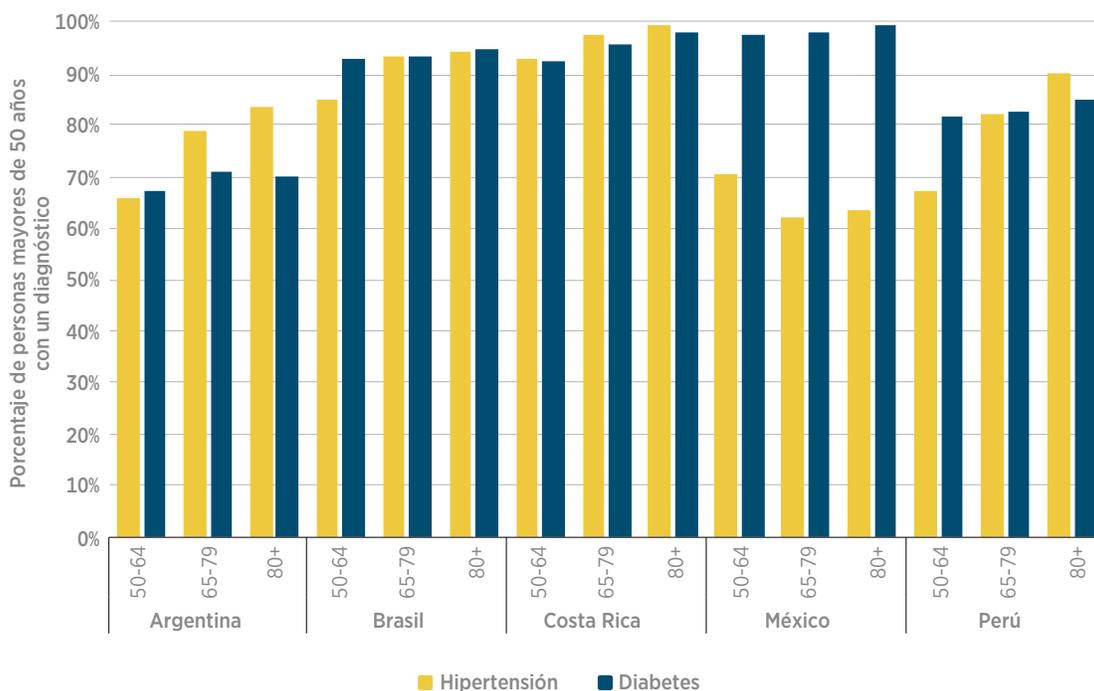
Según los datos disponibles, un porcentaje relativamente alto de personas recibe tratamiento una vez que se les ha diagnosticado una enfermedad. Los datos específicos sobre el acceso a servicios de salud de las personas mayores son escasos y solo están disponibles para algunos países a través de encuestas de hogares. Entre los cinco países con datos disponibles, Brasil y Costa Rica lideran el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión y la diabetes entre las personas mayores (gráfico 3.9). En Argentina, el acceso a la atención para la hipertensión es algo mayor que para la diabetes. Por el contrario, México parece ofrecer un buen acceso a tratamientos para las personas con diabetes, sin embargo, presenta tasas mucho más bajas en el caso de las personas con hipertensión. En algunos casos, las personas que se encuentran en el extremo superior de la distribución de edad están mejor clasificados que las personas relativamente más jóvenes. Este es el caso, por ejemplo, del porcentaje que recibe tratamiento para la hipertensión en Argentina y Perú.

Las diferencias de género para el acceso a tratamientos para la hipertensión y la diabetes varían de un país a otro (anexo 1.D, cuadro D.3). En Argentina, Brasil y Costa Rica no hay una diferencia importante entre hombres y mujeres. Sin embargo, en Perú, el acceso al tratamiento para las personas de 50 a 64 años con diabetes e hipertensión es al menos 10 puntos porcentuales mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres. En México, en cambio, los hombres parecen tener un mejor acceso al tratamiento de la hipertensión.





GRÁFICO 3.9 POBLACIÓN MAYOR DE 50 AÑOS CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES QUE RECIBE TRATAMIENTO, 2018 (%)



Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de salud. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina (2018), Estudio Brasileño Longitudinal del Envejecimiento en Brasil (2016), Estudio Nacional sobre Discapacidad en Costa Rica (2018), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (2018), y Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en Perú (2018).

Notas: Los resultados deben interpretarse con precaución, ya que la definición de accesibilidad a los tratamientos varía según cada enfermedad y cada país. Se considera que una persona tiene acceso a un tratamiento para controlar la hipertensión, la diabetes y el colesterol si informaron haber recibido algún tratamiento la semana previa a la encuesta. Se calcularon los porcentajes a partir del número total de personas del grupo de edad que informó padecer hipertensión o diabetes o que tenían mediciones físicas que indicaban esas enfermedades (consulte más detalles en el anexo 1.D).

A pesar de los avances, hay pruebas de que los habitantes de la región aún enfrentan importantes obstáculos tanto para la cobertura formal como para el acceso real a los servicios de salud. Un reciente análisis regional que incluyó Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay brinda un panorama actualizado de esta situación. Perú es el país con el mayor porcentaje de personas que enfrentan obstáculos para el acceso, con un 66%. Chile y Uruguay son excepciones positivas, con solo el 7% y el 5% de la población, respectivamente, que informa sobre obstáculos para tener acceso oportuno a los servicios de atención médica (Báscolo, Houghton y Del Riego, 2018).



Las normas de elegibilidad para la cobertura son el primer nivel para determinar el acceso a los servicios de salud. Los sistemas de salud fragmentados, en los que coexisten múltiples subsistemas con diferentes fuentes de financiación, aún son predominantes en la región (Dmytraczenko y Almeida, 2015). Solo algunos países de la región han logrado una cobertura (o afiliación) universal nominal, ya sea a través de un sistema público unificado (por ejemplo, Brasil o Jamaica), a través de múltiples programas que brindan acceso a los servicios de un único asegurador nacional (por ejemplo, Costa Rica), o a través de múltiples aseguradoras en un sistema universal regulado (como Chile, Colombia y Uruguay). En el resto de la región, la elegibilidad está fragmentada y determinada principalmente por la condición laboral o pensionaria.

La fragmentación de los servicios de salud plantea desafíos para la cobertura y la accesibilidad. Los empleados formales, los funcionarios públicos y los militares generalmente son elegibles para sus propios servicios. El resto de la población paga una cobertura privada o está cubierta por servicios públicos administrados por un ministerio nacional o por los gobiernos estatales y locales. En el caso de las personas mayores, el acceso puede limitarse a quienes tienen una pensión formal o un patrimonio personal suficiente para pagar los servicios como gastos extra. Estas diferencias no representarían un problema si la calidad de la atención fuera comparable entre los proveedores, si se pudiera garantizar la continuidad de la atención y si los sistemas de pago por la atención no causaran empobrecimiento o desigualdades. Sin embargo, los países con sistemas de salud fragmentados, por lo general, se enfrentan a todos estos problemas.

Incluso en países en los que la cobertura nominal es universal, el acceso real puede estar restringido. Los factores que impiden el acceso a una atención oportuna cuando se necesita, en particular en los grupos más pobres, incluyen la distancia a los centros de atención médica (en particular en zonas rurales y lejanas), los tiempos de espera, las barreras culturales (como la falta de confianza en los médicos o barreras lingüísticas), la falta de medicamentos o de personal, y la incapacidad para pagar los servicios o los medicamentos (Báscolo et al., 2018). Por ejemplo, las barreras culturales son importantes en Chile y Perú, ya que impiden que el 24% y el 18% de la población, respectivamente, busque asistencia médica cuando la necesita. La disponibilidad de medicamentos y de personal del sector salud son obstáculos decisivos en El Salvador, donde afectan al 20% de la población. Estos factores son aún más limitantes para las personas mayores. Los datos de las encuestas muestran que casi el 45% de las personas mayores de 80 años en El Salvador afirman no haber podido acudir a una consulta médica cuando la necesitaban debido a la incapacidad para solicitar una cita, a la falta de personal médico o a la falta de medicamentos en su institución médica.²¹

La cobertura y el acceso limitados causan elevados gastos corrientes. En los sistemas de salud que funcionan bien, el gasto de bolsillo representa un pequeño porcentaje de los gastos en salud y se destina principalmente a servicios optativos o no esenciales. En los sistemas de salud que funcionan con deficiencia, el gasto de bolsillo es elevado, desigual e ineficiente. Por lo general, es una señal de la mala calidad de los servicios de salud financiados por el gobierno, lo que causa que las personas –tanto pobres como ricos– busquen prestadores privados o se automediquen. Los datos del 2017 muestran que los

21. Elaboración propia con base en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de El Salvador, 2018.



gastos de bolsillo fueron del 33% del gasto total en salud en América Latina y el Caribe, en comparación con el 22% en los países de la OCDE (BID, 2021a).

Este alto nivel de gasto de bolsillo también impide que las personas utilicen los servicios de salud cuando los necesitan. En Guatemala, uno de los países peor clasificados en el Índice de Cobertura de Atención Médica Universal de la Organización Mundial de la Salud, el 25,4% de la población afirma que no buscan atención médica debido a barreras económicas (Dansereau, 2019). Alrededor del 22% de las personas mayores en México y del 10% en Brasil reportaron que los gastos médicos están por encima del 25% de su ingreso familiar anual (Macinko et al., 2020). El elevado gasto de bolsillo, además, indica fallas generales en el sistema, ya que los impuestos o las contribuciones a los seguros no pueden cubrir una atención médica asequible e integrada que incluya la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas.

Estas barreras afectan de forma desproporcionada a los grupos vulnerables, incluidas las personas mayores, y crean desigualdades de cobertura y acceso en los países. Las limitaciones de movilidad, visión y audición son más prevalentes en las personas mayores, por lo que su acceso puede dificultarse por las barreras de infraestructura, transporte y comunicación. Por ejemplo, aproximadamente una tercera parte de las personas que viven con discapacidades en Chile informaron sobre dificultades para acceder a los servicios de salud, en comparación con una quinta parte de las personas sin discapacidades (SENADIS, 2016).

3.2.2 Calidad de los servicios de salud

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de la atención como el grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de obtener el desenlace clínico deseado. Los servicios de salud se consideran de buena calidad si son oportunos, equitativos, integrados y eficientes.²² Estas características deben estar presentes en todas las etapas de la atención (prevención, atención de padecimientos agudos, crónicos y cuidados paliativos) y están conformadas por el diseño y la organización del sistema, sus insumos (como los profesionales, la tecnología, los medicamentos o la infraestructura) y la existencia de normas, lineamientos y mediciones, entre otros factores (OCDE, 2017).

Los datos de América Latina y el Caribe muestran que, a pesar de que la mayoría de las personas pueden tener acceso a los servicios de atención médica, la calidad de la atención a menudo es deficiente y desigual, especialmente en lo que respecta al tratamiento de enfermedades crónicas. La calidad deficiente de la atención médica en la región se ha convertido en un problema más grande que la falta de acceso. Kruk et al. (2018a) calculan que casi el 70% de los fallecimientos que pudieron haberse evitado en la región fueron atribuibles a personal no calificado, instalaciones quirúrgicas inapropiadas o enfermedades crónicas mal tratadas, no a la falta de acceso. Y a pesar de que la probabilidad de que las personas con una enfermedad tratable puedan tener acceso a los servicios de salud que necesitan

22. Ver Organización Mundial de la Salud, Asuntos de Salud, disponible en: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1



y recuperarse de manera eficaz ha aumentado drásticamente desde 1990, la calidad de los servicios para las causas más evitables y tratables sigue siendo desigual entre los países.

Evaluamos la calidad de la atención médica mediante el Índice de Calidad y Acceso a la Salud desarrollado por el *Institute for Health Metrics and Evaluation*.²³ Este indicador mide el grado en que un país reduce la mortalidad²⁴ de 32 enfermedades evitables o tratables en comparación con los países con mejor desempeño. Su valor oscila entre el 0 y el 100. Por lo tanto, refleja el desempeño del sistema de salud en llegar a las personas que necesitan acceso y proporcionar una atención de buena calidad en términos de impacto.

La calidad de la atención varía considerablemente de un país a otro.²⁵ Chile y Costa Rica presentan las puntuaciones más altas en el Índice de Calidad y Acceso a la Salud, con 78 y 74, respectivamente (gráfico 3.10). En el otro extremo del espectro, Haití y Bolivia presentan las puntuaciones más bajas, con 32 y 49, respectivamente. En general, los países de América Latina y el Caribe presentan una puntuación promedio de 62, muy por debajo del promedio de la OCDE de 86, aunque superior al promedio mundial de 54.

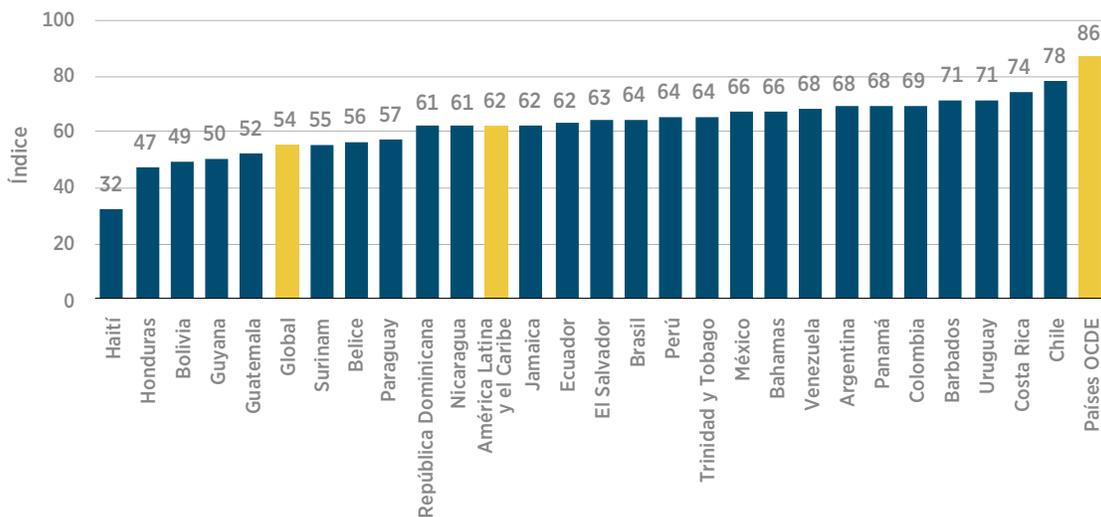
23. El Índice de Calidad y Acceso a la Salud es una medida del acceso y la calidad de la atención médica personal real calculada para 195 países a partir de los datos de la carga mundial de morbilidad. Para el cálculo, se seleccionan 32 afecciones a partir de la lista de causas de muerte que pueden prevenirse con servicios de atención médica de buena calidad de Nolte y McKee ([GBD, 2016](#)).

24. La mortalidad tratable es el deceso que puede evitarse en presencia de servicios personales de atención médica de alta calidad. Para que se considere que la mortalidad es tratable, deben existir intervenciones eficaces para la enfermedad.

25. El Índice de Calidad y Acceso a la Salud es un promedio nacional que depende de que se proporcione información precisa de las causas de muerte y de un buen cálculo de la prevalencia de las enfermedades y los riesgos de salud de un subconjunto concreto de enfermedades. Por lo tanto, al igual que otros índices, no está exento de defectos. No obstante, optamos por utilizarlo porque otros índices –como los disponibles en el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud– se basan en datos sobre menos enfermedades, la mayoría de las cuales están relacionadas con la salud infantil y materna. El Índice de Calidad y Acceso a la Salud, con su inclusión de enfermedades como la hipertensión, la diabetes y las neoplasias, es más apropiado para un informe sobre el envejecimiento. Los investigadores demostraron que el Índice de Calidad y Acceso a la Salud es una medida sólida al evaluar su correlación general con otros factores que se sabe que están relacionados con el acceso y la calidad de la atención médica. Sin embargo, los lectores deben tomar en cuenta que la precisión del índice varía de un país a otro y requiere información corroborante si se quiere utilizar para un análisis específico de cada país.



GRÁFICO 3.10 ÍNDICE DE CALIDAD Y ACCESO A LA SALUD, 2016



Fuente: Índice de Calidad y Acceso a la Salud del Institute for Health Metrics and Evaluation del estudio "Measuring performance on the Health-care Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", consultado en diciembre de 2020. .

Nota: La estadística de la OCDE no incluye a los países de América Latina y el Caribe.

A pesar de que estas puntuaciones reflejan una amplia gama de enfermedades y servicios, las principales conclusiones son las mismas si solo se toman en cuenta las afecciones más predominantes durante la vejez. De hecho, de las 32 afecciones que mide el Índice de Calidad y Acceso a la Salud, 11 se encuentran de manera desproporcionada entre las personas mayores.²⁶ Algunas, como las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades renales y cardíacas y las infecciones de las vías respiratorias bajas, son muy frecuentes en este grupo. Chile, Costa Rica y Uruguay presentan la mejor calidad de salud para prevenir y tratar estas 11 afecciones en la región. Otros países, como Guyana, Haití y Honduras obtuvieron resultados bajos en todas las enfermedades más frecuentes en la población de edad avanzada, especialmente en las enfermedades cerebrovasculares y cardíaca hipertensivas. En el caso de algunas enfermedades, como la enfermedad renal crónica, el acceso y la calidad de la salud son muy

26. El Índice de Calidad y Acceso a la Salud se compone de 32 enfermedades. Si dividimos la población a la edad de 50 años, podemos calcular el índice de años de vida ajustados a la discapacidad de cada enfermedad en el caso de las personas menores y mayores de este límite de edad. Este cálculo identifica 11 afecciones como desproporcionadamente comunes en las personas mayores: enfermedad cerebrovascular; enfermedades respiratorias crónicas; diabetes mellitus; epilepsia; enfermedades biliares y de la vesícula biliar; cardiopatía hipertensiva; hernia inguinal, femoral y abdominal; cardiopatía isquémica; infección de las vías respiratorias bajas; cáncer de piel no melanoma; y enfermedades de úlcera péptica.



deficientes en todos los países, excepto en Chile y Uruguay. En cambio, el acceso y la calidad para el tratamiento de la epilepsia es relativamente altos en todos los países.

La baja calidad de la atención médica se debe, principalmente, a la insuficiencia de recursos físicos y humanos, y a infraestructuras deficientes, así como a las limitaciones organizativas y a la ausencia de mecanismos sólidos para integrar la atención a lo largo de las distintas etapas del ciclo vital de las personas.

A pesar de que el número de profesionales médicos y de instalaciones de atención médica en la región ha aumentado con más velocidad que la población en los últimos 50 años (Savedoff, 2008), un reciente informe de la OCDE y el Banco Mundial (2020) describe que el país promedio de América Latina y el Caribe cuenta considerablemente con menos recursos físicos y humanos que el país promedio de la OCDE. Por ejemplo, hay 8,8 enfermeras por cada 1000 personas en la OCDE, pero solo 2,2 en los países de América Latina y el Caribe. En el caso de los médicos, las cifras son de 3,5 en la OCDE y de 2,0 en los países de América Latina y el Caribe. La proporción de geriatras y gerontólogos es también muy limitada. Una encuesta reciente que se llevó a cabo en 16 países de la región señaló que solo el 35% de las 308 escuelas de medicina participantes tienen un programa universitario de geriatría y que solo hay 36 programas de posgrado, ubicados en 12 países (López y Reyes-Ortiz, 2015). Las proyecciones muestran que para el 2040, la demanda de médicos y enfermeras en la región se multiplicará por 1,4 y 1,6, respectivamente, en gran parte como resultado del envejecimiento de la población (Robles et al. 2019).

La situación es aún más crítica en el caso de las personas mayores, ya que hace poco los sistemas de salud se empezaron a adaptar al nuevo perfil epidemiológico causado por el envejecimiento de la población.

Este nuevo perfil implica una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, problemas cognitivos y multimorbilidad. Una de las claves para gestionar este nuevo perfil epidemiológico es un enfoque integrado, centrado en la persona y la comunidad, que fortalezca la atención primaria y sus vínculos con la atención secundaria y la terciaria (OMS, 2015). Los países también necesitan recursos humanos con la combinación adecuada de habilidades y formación para satisfacer las necesidades de una población mayor (OMS, 2015).

En la región, 14 de los 26 países cuentan con políticas, estrategias o programas multisectoriales para hacer frente a la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas con un enfoque integrado,

según el Observatorio Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud.²⁷ Curiosamente, los tres países que obtuvieron las puntuaciones más bajas en el Índice de Calidad y Acceso a la Salud – Bolivia, Haití y Honduras– no cuentan con una estrategia implementada, mientras que los que obtuvieron las mejores puntuaciones –incluidos Barbados, Chile, Costa Rica y Uruguay– sí la tienen (véase el gráfico 3.10).

A pesar de algunos avances, las enfermedades más comunes en las personas mayores de la región –hipertensión, diabetes y trastornos musculoesqueléticos– no se tratan adecuadamente.

Por ejemplo, una encuesta reciente llevada a cabo en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay muestra que un gran porcentaje de las personas con enfermedades crónicas que reciben atención primaria y secundaria están insatisfechas con la integración y la continuidad de la atención en los dos niveles (Ollé-Espluga et al., 2022). Las excepciones parecen ser Uruguay y, en menor medida, Argentina

27. Véase <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/existence-of-an-operational-multisectoral-national-ncd-policy-strategy-or-action-plan-that-integrates-several-ncds-and-their-risk-factors>, último acceso el 6 de enero de 2021.



(Ollé-Espluga et al., 2022). Esta falta de continuidad puede producir desenlaces clínicos no óptimos, como en el caso de la diabetes en México (Doubova et al., 2020).

La falta de acceso y los elevados costos también impiden a los pacientes continuar con el tratamiento correcto, incluso cuando se les receta. Por ejemplo, en una pequeña encuesta llevada a cabo en Perú, solo el 71% de los pacientes con hipertensión obtuvieron los medicamentos que necesitaban para controlar su enfermedad (Tenorio, 2019). El acceso inadecuado y la calidad deficiente de la atención no solo tienen como consecuencia un tratamiento inadecuado, sino también un subdiagnóstico. Datos recientes muestran que alrededor del 40% de las personas con hipertensión en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México no están diagnosticadas.²⁸ Los cálculos de Uruguay muestran que alrededor del 50% de las personas de entre 25 y 64 años con diabetes no son conscientes de su enfermedad o –cuando lo son– no reciben tratamiento (Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2013).



**SIGUE
LEYENDO
SOBRE:**

28. Véase <https://www.savallnet.com.py/mundo-medico/noticias/promueven-control-de-presion-arterial.html>



3.3 Servicios de atención a la dependencia

La mayoría de las personas que presentan dependencia funcional necesitarán servicios de atención a la dependencia –o servicios de cuidados– para realizar las actividades cotidianas habituales. Esta atención es proporcionada, con o sin pago, por la familia, el gobierno, el mercado, o las comunidades. A pesar de que el sector privado presta la mayor parte de los servicios, los gobiernos desempeñan un papel fundamental en el momento de establecer el marco institucional del sector y poner en marcha planes de financiamiento que garanticen el acceso a las personas vulnerables. En un sistema que funciona de manera correcta, los gobiernos también son responsables de establecer y supervisar las normas de calidad de los prestadores de servicios, velar por su cumplimiento, y garantizar la calidad de los recursos humanos del sector (Cafagna et al., 2019).

La necesidad de contar con servicios de atención a la dependencia ha cobrado importancia recientemente en la agenda política de la región. A pesar de que el objetivo principal de los servicios de cuidado es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, la agenda política se ha visto fuertemente apoyada por movimientos que pretenden reducir las desigualdades de género al reconocer, reducir, y redistribuir las tareas de cuidados que recaen principalmente en las mujeres en las familias.²⁹ Varios países cuentan con sistemas de cuidados diseñados para cuatro grupos: niños pequeños, personas en situación de dependencia funcional, personas con discapacidades, y personas que prestan cuidados.

Por el momento, Uruguay es el único país de la región que cuenta con un sistema nacional de atención a la dependencia. El Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) se puso en marcha en el 2015. Sin embargo, como se describe más adelante en esta sección, su cobertura sigue siendo limitada y se enfrenta a persistentes retos institucionales y de calidad. En 2017, Chile puso en marcha Chile Cuida, un programa de atención a la dependencia que funciona en 22 de las 346 municipalidades del país. No logró su plan original de ampliar gradualmente el programa a todo el país para el 2021 (Barraza, 2017). Recientemente, Costa Rica aprobó un plan de 10 años para diseñar e implementar un sistema nacional de cuidados, mientras que países como Argentina, Colombia, República Dominicana, Panamá, Paraguay y Perú también están analizando planes similares. En la mayoría de los países, los servicios de atención a la dependencia son prestados por un sinnúmero de instituciones, por lo general de manera fragmentada y no coordinada. En esta sección, evaluamos la cobertura y la calidad de los servicios de atención a la dependencia existentes.

29. En palabras de la filósofa estadounidense Carol Gilligan, "dentro de un marco patriarcal, el cuidado es una ética femenina. En un marco democrático, el cuidado es una ética humana" (<https://archive.chs.harvard.edu/CHS/article/display/4025>).



3.3.1 Cobertura de los servicios de atención a la dependencia

Los servicios públicos de atención a la dependencia en la región se caracterizan por sus bajos niveles de cobertura. Definimos la cobertura como la proporción entre el número de personas mayores de 65 años que reciben servicios de cuidados financiados con fondos públicos y el número de personas del mismo grupo de edad que vive en situación de dependencia funcional.

La forma en la que calculamos la tasa de cobertura presenta ciertas limitaciones. Hemos calculado el denominador con base en las tasas de prevalencia presentadas en la sección 2. Los datos cuantitativos sobre el número de personas que reciben servicios de atención a la dependencia solo se encuentran disponibles en un pequeño número de países. Además, en la mayoría de los casos (con excepción de Uruguay), estos datos no están divididos por nivel de dependencia funcional. Por lo tanto, a pesar de que el denominador de nuestra proporción es el número de personas mayores con dependencia funcional, el número de beneficiarios en el numerador incluye algunas personas más jóvenes o personas sin dependencia funcional.³⁰ Por consiguiente, nuestro análisis sobrestima la cobertura (y representa un límite superior de su valor real).

Argentina y Costa Rica destacan por tener la cobertura más amplia de la región. En estos dos países, se calcula que el 20% de las personas mayores con dependencia funcional reciben servicios de cuidados financiados con fondos públicos.³¹ En Costa Rica, el gobierno subsidia a 144 organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de asistencia domiciliaria, diurna y residencial a 18 000 personas mayores con dependencia funcional (Medellín et al., 2019; Jara-Maleš y Chaverri-Carbajal, 2020). Argentina presenta altas tasas de cobertura en gran medida porque entrega un subsidio en efectivo a las personas mayores con dependencia funcional para que puedan contratar a un cuidador. Proporciona el subsidio a unas 130 000 personas, es decir, a casi el 40% de las personas mayores de 65 años que experimentan dependencia. El subsidio cubre aproximadamente la mitad del costo de un servicio de tiempo completo (Oliveri, 2020). Desde el 2013, los beneficiarios no están obligados a presentar un recibo que demuestre que el dinero se utilizó para contratar a un cuidador. En cambio, un trabajador social visita la casa de la persona mayor que necesita apoyo (por lo general una vez al año) para verificar el servicio (Oliveri, 2020). Debido a esta verificación imperfecta, en nuestros cálculos presumimos que la mitad de los beneficiarios pueden estar utilizando la prestación para fines distintos a los previstos por el programa, por lo que la cobertura es del 20%. Incluso después de este ajuste, Argentina sigue teniendo uno de los niveles de cobertura más altos de la región. El país también presta servicios directos como atención en residencias y centros de día, pero su cobertura es mucho más limitada (Oliveri, 2020).

El siguiente país en la clasificación es Barbados, donde aproximadamente el 15% de las personas mayores con dependencia funcional recibe al menos un servicio del sector público. El gobierno gestiona un programa de asistencia domiciliaria que brinda servicios de atención de larga duración. En el 2015, este programa cubrió a 1000 beneficiarios (CEPAL, 2017). El país también cuenta con otros

30. Otra limitación de nuestros cálculos es que los datos sobre el número de personas mayores que reciben servicios (numerador) y los datos sobre el número de personas mayores con dependencia funcional (denominador) pueden referirse a años diferentes, ya que las fuentes son distintas. Sin embargo, los años son cercanos, por lo que es probable que este error sea mínimo.

31. Elaboración propia con base en información de Oliveri (2020) y Medellín et al. (2019).



servicios de atención a la dependencia, como centros de rehabilitación y hospitales geriátricos para personas mayores que necesitan atención y apoyo a largo plazo. Sin embargo, no hay información sobre cuántas personas se benefician de estos servicios (CEPAL, 2017). Según las respuestas de expertos del país en una encuesta llevada a cabo para este informe (véanse más detalles en el anexo 1.E), los niveles de cobertura también son relativamente altos en las Bahamas, a pesar de que no encontramos datos sobre el número de beneficiarios.

Uruguay, Chile, y Ecuador son los siguientes en el ranking, con una cobertura del 11%, 7%, y 6%, respectivamente.³² No hay información disponible sobre el resto de los países. Se presupone una cobertura muy baja en todos los países sin datos, ya que es la situación más común en la región. Además, se entiende que la falta de datos refleja servicios e instituciones incipientes.

En Uruguay, el gobierno provee una combinación de servicios en residencias, centros de día, asistencia domiciliaria, y teleasistencia a unas 4200 personas. Como parte del sistema nacional de atención a la dependencia, subsidia la contratación de asistentes domiciliarios para unas 2200 personas mayores de 80 años, y un servicio de teleasistencia para unas 1300 personas mayores de 70 años (SNIC, 2020). Además, presta servicios gratuitos de atención diurna a aproximadamente 100 personas y gestiona centros residenciales y un hospital geriátrico que ofrecen servicios de cuidados a casi 600 personas mayores (Aranco y Sorio, 2019). Si se presupone que todos estos servicios benefician a personas mayores de 65 años con dificultades para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria, la cobertura es del 11%.

Chile también ofrece una combinación de servicios residenciales, atención diurna y a domicilio a unas 21 000 personas. En conjunto, los servicios de Chile Cuida cubren a 1800 personas de todas las edades; no hay datos de usuarios desglosados por edad. Una innovación en la región es que los municipios de Chile Cuida también ofrecen una serie de servicios adicionales a medida, que pueden incluir transporte, entrega de comida a domicilio, y fisioterapia. En los municipios que no forman parte de esta red, más de 19 000 personas mayores reciben servicios de atención a la dependencia ofrecidos tanto por el Ministerio de Salud como por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Molina et al., 2020).

Existe una tendencia reciente hacia la asistencia domiciliaria en respuesta a la preferencia mundial de las personas mayores por envejecer en sus propios hogares y comunidades (Aranco e Ibararán, 2020). Los servicios residenciales siguen siendo importantes para las personas que, además de tener una dependencia funcional grave, padecen múltiples enfermedades crónicas y carecen del apoyo familiar y comunitario que puede complementar la los servicios de cuidados proporcionados por el gobierno. Los centros de día y la teleasistencia son complementos importantes de los servicios de asistencia domiciliaria (Benedetti et al., 2022). Como se ha descrito anteriormente, la combinación de servicios prestados varía mucho de un país a otro.

Mientras que en algunos casos el gobierno proporciona directamente los servicios de atención a la dependencia, en otros ofrece apoyo financiero, ya sea a los individuos o a los proveedores de servicios privados. Las transferencias monetarias a personas en situación de dependencia funcional solo

32. Elaboración propia con base en información de Aranco y Sorio (2019), Forttes (2020) y Molina et al. (2020).



se incluyen en el cálculo de los niveles de cobertura cuando están vinculadas a la compra de servicios de cuidados y existen mecanismos para verificar que se cumple con este requisito.

En muchos países, los gobiernos locales o nacionales transfieren fondos a organizaciones sin ánimo de lucro para que puedan prestar servicios de atención a la dependencia. En Uruguay, por ejemplo, el gobierno subsidia los servicios residenciales para 600 personas mayores vulnerables (un 1% de las personas dependientes mayores de 65 años) prestados por instituciones de atención a la dependencia sin ánimo de lucro. En Chile, la atención residencial de larga duración también está cofinanciada por el Estado, pero son las organizaciones sin ánimo de lucro las que proporcionan los cuidados. Además, los centros residenciales administrados por organizaciones sin ánimo de lucro pueden solicitar financiación pública sujeto a la presentación y aprobación de un plan de cuidados para sus residentes (Molina et al., 2020). Casi 6000 personas (aproximadamente un 13% de las personas mayores de 65 años que requieren atención y apoyo de larga duración) reciben servicios subsidiados de esta manera (Cunil-Grau y Leyton, 2018).

La elegibilidad se basa normalmente en la edad y la gravedad de la dependencia funcional evaluada. En la mayoría de los casos, el nivel de ingresos individual o el ingreso familiar también se toma en cuenta junto con estos criterios. El límite de edad para acceder a los servicios públicos de atención a la dependencia suele ser de 60 o 65 años. Los expertos consideran que es una buena práctica centrarse en el nivel de dependencia funcional y no en la edad a la hora de determinar la elegibilidad. Este es el enfoque de Chile, mientras que Colombia y Costa Rica tienen previsto seguir su ejemplo. En Uruguay, el acceso está actualmente restringido tanto por la edad como por el nivel de dependencia: los menores de 30 años o los mayores de 80 son elegibles para los servicios de asistencia domiciliaria; los mayores de 65 son elegibles para los servicios de atención diurna, mientras que los mayores de 70 pueden tener acceso a los servicios de teleasistencia.

Para evaluar el nivel de dependencia asistencial, hasta ahora solo Uruguay cuenta con un mecanismo de evaluación unificado, formal y de ámbito nacional. El tipo de servicios disponibles para cada persona varía en función de los resultados de la evaluación: los servicios a domicilio están disponibles para las personas con dependencia funcional grave, mientras que las personas con dependencia funcional leve y moderada pueden acceder a servicios en centros de día o teleasistencia. Chile aplica un único mecanismo de evaluación en los 22 municipios donde opera Chile Cuida. En otros países, las directrices suelen aplicarse con cierta variabilidad, si es que existen. También es habitual que las distintas instituciones utilicen criterios de evaluación diferentes. Por ejemplo, en Costa Rica, las instituciones de los sectores social y de la salud utilizan métodos de evaluación diferentes.³³

Los servicios públicos de atención a la dependencia en la región se centran, sobre todo, en la población socioeconómicamente vulnerable. Una excepción es Uruguay, donde el acceso es universal y el ingreso familiar se utiliza para fijar el copago. Sin embargo, incluso en este caso, casi el 90% de los usuarios pertenecen a hogares con bajos ingresos y, por tanto, están exentos de copagos (Aranco y Sorio, 2019).

33. Para conocer un análisis de los mecanismos de evaluación de las necesidades de atención, véase Oliveira et al. (2022).



El papel de la asistencia privada: servicios pagados del propio bolsillo e instituciones no gubernamentales

Además de los servicios prestados o financiados por el gobierno, una parte de la población suele pagar los servicios de atención a la dependencia de su propio bolsillo. La información sobre la cobertura y el costo de estos servicios es escasa. Cuando está disponible, muestra los altos costos en comparación con los ingresos promedio de las personas mayores. Por ejemplo, en Uruguay, los datos de 2015 muestran que el costo mensual de un centro de atención residencial que cumpla con los estándares básicos de calidad es superior a la pensión contributiva promedio (Aranco y Sorio, 2019). En México, menos del 9% de las personas mayores puede pagar una atención residencial de alta calidad (López-Ortega y Aranco, 2019).

En muchos países, las instituciones sin ánimo de lucro desempeñan un papel importante en la prestación de servicios de atención a la dependencia, especialmente para las personas socioeconómicamente vulnerables. Los datos sobre la cobertura de estos servicios, aunque escasos, señalan su importancia. Por ejemplo, en Bogotá, Colombia, más del 30% de los centros residenciales no tienen ánimo de lucro (datos de 2013; Flórez et al., 2019). En México, la cifra es del 20% (datos de 2015; López-Ortega y Aranco, 2019). En Uruguay, el 7% de las instituciones de atención residencial son gestionadas por instituciones no gubernamentales, y albergan al 15% de los usuarios de servicios residenciales (datos de 2015; Aranco y Sorio, 2019). Algunas de estas instituciones reciben subsidios del gobierno; es el caso de Chile, Costa Rica, Ecuador, y Uruguay (Aranco y Sorio, 2019; Forttes, 2020; Medellín et al., 2019; Molina et al., 2020).

Debido a la escasa cobertura de los servicios financiados con fondos públicos o prestados por organizaciones sin ánimo de lucro, así como a la limitada capacidad de la mayoría de las personas mayores para pagar los servicios de su propio bolsillo, la mayor parte de las responsabilidades de cuidados recae en las familias, sobre todo en las mujeres. Stampini et al. (2020) muestran que las mujeres con responsabilidades de cuidados de largo plazo acaban reduciendo tanto su participación en el mercado laboral como el número de horas trabajadas (cuando continúan trabajando). En muchos casos, acaban teniendo una doble carga de trabajo, combinando el cuidado y el trabajo remunerado, en detrimento de su salud física y emocional. Esta situación no es socialmente sostenible, sobre todo en un contexto de aumento de la participación laboral femenina y de reducción del tamaño de las familias. Las implicaciones de esta tendencia se analizan con más detalle en la sección 4.3.



3.3.2 Calidad de los servicios de atención a la dependencia

A pesar de que la mayoría de los servicios de atención a la dependencia los presta el sector privado, en un sistema que funcione bien, el sector público tiene la responsabilidad de regular y supervisar la calidad de esos servicios. Esto incluye la autorización, regulación, y supervisión de los proveedores de servicios, así como la implementación de estrategias para capacitar y certificar los recursos humanos (Cafagna et al., 2019). En general, garantizar la calidad de los servicios de atención a la dependencia sigue siendo un reto para los países de la región.

Los datos sobre la calidad de los servicios de atención a la dependencia en la región son escasos e incompletos. Nuestra evaluación se basa en el análisis de la bibliografía existente, información pública sobre los programas, y 36 entrevistas con expertos de 12 países, realizadas especialmente para este informe. Los entrevistados eran representantes del gobierno, la sociedad civil, y el sector gerontológico. En el anexo 1.E se detallan las características de los encuestados, los países cubiertos, y los criterios utilizados para la validación cruzada de las respuestas.

Utilizamos seis criterios básicos que son necesarios para asegurar la calidad de los servicios de atención a la dependencia y, por lo tanto, los consideramos indicadores de la misma. Tres se centran en los servicios de atención residencial: (i) el país ha establecido normas nacionales de calidad para los servicios de atención residencial de larga duración; (ii) una gran proporción de centros cuentan con autorización oficial (un indicador del nivel de cumplimiento de las normas de calidad); y (iii) el país cuenta con un registro nacional de centros de atención a la dependencia. Uno de los criterios se centra en los servicios de asistencia domiciliaria: (iv) existen mecanismos de control de calidad para los servicios de asistencia domiciliaria. Los dos criterios restantes se aplican tanto a la asistencia domiciliaria como a la residencial, ya que se refieren a la calidad de los recursos humanos que trabajan en el sector: (v) el país ha establecido requisitos de formación para los cuidadores; y (vi) una alta proporción de cuidadores están empleados formalmente. El cuadro 3.1 muestra el nivel de cumplimiento, por país, de cada uno de estos criterios. Como se expone más adelante, la mayoría de los países con datos disponibles se quedan cortos en los criterios de calidad, con la excepción de las normas de calidad para las instituciones de atención residencial.

A pesar de que varía de un país a otro, la calidad de los servicios de atención a la dependencia en la región es baja. Argentina, Bahamas, Barbados, Chile, y Uruguay cumplen con el mayor número de condiciones, con solo tres cada uno. En el otro extremo, Belice y República Dominicana no cumplen ninguno de los criterios.

Como se analiza más adelante, el sector de la atención residencial se desempeña mejor en términos de calidad que el sector de la asistencia domiciliaria. De hecho, los resultados relativamente buenos de Bahamas y Barbados son totalmente atribuibles a la alta calidad de sus cuidados residenciales. Solo dos países (Argentina y Chile) cuentan con mecanismos de control de calidad de los servicios de asistencia domiciliaria. Esto es una señal de alarma, sobre todo porque estos servicios son cada vez más importantes a nivel mundial. Otra señal de alarma es el bajo nivel de formación y formalización de los recursos humanos que trabajan en el sector. Argentina, Chile, y Uruguay son los únicos países con requisitos de formación y certificación, y estas normas solo se aplican a los cuidadores registrados oficialmente como parte de la política o sistema, los cuales constituyen una pequeña parte de la mano de obra del sector.



CUADRO 3.1 CRITERIOS DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

	Atención residencial			Asistencia domiciliaria	Asistencia domiciliaria y residencial	
	Normas de calidad para instituciones de atención residencial	Porcentaje de instalaciones con autorización oficial	Registro nacional de instituciones	Mecanismos de control de calidad para la asistencia domiciliaria	Requisitos de formación/certificación de recursos humanos	Nivel de formalización de los cuidadores
Argentina	Sí ^(a)	Bajo	No	Sí ^(b)	Sí ^(d)	Bajo
Bahamas	Sí	Alto	Sí	No	No	Bajo
Barbados	Sí	Alto	Sí	No	No	Bajo
Belize	No	Bajo	No	No	No	Bajo
Brasil	Sí	Bajo	No	No	No	Bajo
Chile	Sí	Bajo	No	Sí ^(c)	Sí ^(d)	Bajo
Colombia	Sí	Bajo	No	No	No	Bajo
Costa Rica	Sí	Bajo	No	No	Sí ^(d)	Bajo
Ecuador	Sí	Bajo	No	No	No	Bajo
Jamaica	Sí	Bajo	No	No	No	Bajo
México	No	Bajo	Sí	No	No	Bajo
Perú	Sí	Bajo	No	No	No	Bajo
República Dominicana	No	Bajo	No	No	No	Bajo
Uruguay	Sí	Bajo	Sí	No	Sí ^(d)	Bajo

Fuente: Elaboración propia con base en información de Aranco y Sorio (2019), Flórez et al. (2019), López-Ortega y Aranco (2019), Medellín et al. (2019), Molina et al. (2020), Oliveri (2020), Forttes (2020), Redondo (2021), y entrevistas con expertos (véase el anexo 1.E para obtener más detalles).

Notas: (a) Las normas de calidad solo se implementan en las instituciones de atención residencial del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) de Argentina, que representan la mayor parte de los centros del país. (b) Los controles de calidad se llevan a cabo una vez al año y se basan en la evolución del bienestar de los beneficiarios desde la evaluación anterior. Solo para los cuidadores contratados con las transferencias monetarias del PAMI. (c) Solo para Chile Cuida. (d) Solo para los servicios prestados en el marco de una política nacional.

Como se muestra en la cuadro 3.1, la mayoría de los países cuentan con normas de calidad para los servicios de atención residencial que establecen requisitos mínimos en materia de infraestructura, ratios de personal, y formación del personal, pero su cumplimiento suele ser bajo debido a la escasa supervisión. Por consiguiente, una gran parte de las residencias de larga estadía funciona sin autorización legal (excepto en Barbados y Bahamas), lo que plantea dudas sobre la calidad de los cuidados que prestan. En Uruguay, los datos de 2019 muestran que solo el 2% de los centros residenciales que operan en el país estaban legalmente autorizados para hacerlo, y un 10% adicional estaba en proceso de solicitar la autorización (Aranco y Sorio, 2019). Solo podemos calcular esta cifra en el caso de Barbados, Bahamas, México, y Uruguay porque ninguno de los otros países posee registros nacionales de proveedores de servicios.



Es aún más complejo garantizar la calidad de los servicios de asistencia domiciliaria, los cuales rara vez cuentan con mecanismos de control de calidad. El hecho de que estos servicios se presten en un entorno privado dificulta su supervisión y el cumplimiento de las normas de calidad. Incluso en los países en los que los servicios de asistencia domiciliaria forman parte de los programas del sector público, las normas de calidad no suelen estar definidas y los proveedores no se suelen inspeccionar. Solo hemos podido encontrar pruebas de la existencia y aplicación de tales mecanismos en Argentina y Chile. El primero evalúa una vez al año el bienestar de los beneficiarios del subsidio de asistencia domiciliaria del PAMI. El segundo cuenta con directrices para garantizar la calidad del servicio (que definen las tareas que debe realizar el cuidador, el número de personas mayores que puede atender cada trabajador y otros aspectos). Además, cada beneficiario del programa chileno recibe una visita de evaluación cada tres meses y debe completar una encuesta de satisfacción dos veces al año (Molina et al., 2020). Sin embargo, este mecanismo de supervisión solo se aplica en los municipios donde opera Chile Cuida, por lo que cubre solo una parte de los servicios de asistencia domiciliaria que se prestan en el país.

Junto con las normas de calidad, las políticas sobre recursos humanos son otro factor determinante de la calidad de los servicios de atención a la dependencia, ya que los cuidadores son la columna vertebral de los servicios de buena calidad. Las políticas de recursos humanos incluyen la formación, la remuneración adecuada, el acceso a la seguridad social, las buenas condiciones de trabajo y las oportunidades de desarrollo profesional (OCDE, 2020b).

Muy pocos países de la región (Argentina, Chile, y Uruguay) cuentan con requisitos obligatorios para la formación o certificación de los trabajadores del sector. Como resultado, pocos cuidadores, ya sea en entornos residenciales o de asistencia domiciliaria, tienen la formación y las competencias adecuadas. Una investigación sobre Colombia, por ejemplo, muestra que solo el 30% del personal de las instituciones residenciales de larga estadía ha recibido formación (Flórez et al., 2019). Esta cifra es inferior al 3% en México (Flórez et al., 2019; López-Ortega y Aranco, 2019). La situación podría ser aún peor en el caso de la asistencia domiciliaria, ya que los datos demuestran que estas trabajadoras suelen ser contratadas como empleadas domésticas y las responsabilidades de cuidados se consideran una tarea más entre muchas otras. En Uruguay, por ejemplo, alrededor del 16% de los trabajadores domésticos afirman tener que cuidar a una persona mayor con dependencia funcional como parte de sus tareas diarias.³⁴

Además, incluso en los países que sí cuentan con requisitos para la formación de recursos humanos, solo una pequeña parte de los trabajadores los cumple. En Uruguay, por ejemplo, hay una larga lista de espera para completar la formación oficial exigida por el SNIC. Los datos del 2017 muestran que de las 18 000 personas que solicitaron ser admitidas en el programa de formación, solo 1000 pudieron inscribirse realmente. Esta situación hizo que el plan inicial de tener a todos los trabajadores de asistencia domiciliaria debidamente formados o certificados por el sistema para 2017 tuviera que posponerse más de una vez. En Argentina, Oliveri (2020) estima que tan solo el 3% de los cuidadores tiene una formación adecuada.

Los niveles de formalidad laboral entre los cuidadores también es muy baja. A pesar de que los datos sobre este aspecto son escasos, existen algunas estadísticas ilustrativas. Por ejemplo, en Uruguay –que tiene una de las tasas de empleo formal más altas de la región– los datos muestran que, en el 2014, el

34. Elaboración propia con base en datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de Uruguay (2013).



44% de los trabajadores que cuidaban a personas en situación de dependencia funcional no aportaban al sistema de protección social (Aranco y Sorio, 2019). Uno de los objetivos de la política nacional que el país puso en marcha en 2015 era aumentar el nivel de empleo formal en el sector; sin embargo, la pequeña escala del sistema ha hecho que el progreso sea lento. En México, los datos de 2021 muestran que casi el 80% de los trabajadores de cuidados y domésticos son trabajadores informales.³⁵

Por último, el cuidado familiar, la modalidad tradicional de cuidado en la región, también se caracteriza por los bajos niveles de formación y conocimientos específicos. A pesar de que no se incluye en el cuadro 3.1, un análisis sobre la calidad en el contexto de los servicios de cuidados no estaría completo sin tomar en cuenta el papel de los cuidadores familiares. De hecho, la mayor parte del trabajo de cuidados recae de forma no remunerada en los familiares, que suelen tener poco o ningún conocimiento de las mejores prácticas para cuidar a una persona con dependencia funcional. A pesar de que en la mayoría de los países existen grupos de apoyo a los cuidadores familiares como parte de asociaciones sin ánimo de lucro (por ejemplo, asociaciones de Alzheimer), solo en Chile el gobierno ofrece formación básica y apoyo a los cuidadores familiares, como parte de Chile Cuida.



SIGUE
LEYENDO
SOBRE:

35. Véase <https://datamexico.org/es/profile/occupation/trabajadores-en-cuidados-personales-y-del-hogar#informalidad>, consultado por última vez el 7 de enero de 2022.



3.4 Evaluación global de la protección social en la región

En esta sección, sintetizamos los datos sobre pensiones, sistemas de salud, y servicios de atención a la dependencia para evaluar la protección social general de las personas mayores. En primer lugar, explicamos cómo convertimos las cifras presentadas en las secciones 3.1 a 3.3 en calificaciones categóricas (muy baja, baja, alta, muy alta) para la cobertura y la calidad. A continuación, presentamos nuestra metodología para construir un índice de protección social. Por último, se analizan los resultados, destacando los países que han alcanzado los mayores niveles de protección.

3.4.1 Clasificaciones categóricas de cobertura y calidad

En el cuadro 3.2 se presentan las medidas de cobertura y calidad definidas anteriormente en esta sección para cada área de protección social. En el caso de las pensiones, la cobertura es el porcentaje de personas mayores de 65 años que recibe una prestación contributiva o no contributiva. La calidad se mide por la tasa de reemplazo empírica, es decir, la relación entre el valor promedio de todas las pensiones (incluidas contributivas y no contributivas) y el salario promedio de los trabajadores de entre 50 y 64 años (formales o informales). En cuanto a los servicios de salud, la cobertura se evalúa mediante el Índice de Cobertura de Servicios de Salud Esenciales, mientras que la calidad se mide mediante el Índice de Calidad y Acceso a la Salud, ambos para todas las edades. En el caso de los servicios de atención a la dependencia, la cobertura es la relación entre el número de personas mayores de 65 años que reciben servicios de cuidados financiados con fondos públicos y el número de personas del mismo grupo de edad que vive en situación de dependencia funcional, mientras que la calidad se mide por el número de criterios de calidad con los que cumplen los servicios de atención a la dependencia de cada país.

Cada cifra de cobertura o calidad se transforma en una calificación cualitativa (muy baja, baja, alta, muy alta) según los límites específicos de cada ámbito (pensiones, salud, atención a la dependencia) y dimensión (cobertura y calidad). Los límites seleccionados, aunque arbitrarios, toman en cuenta el nivel de desarrollo de cada política en la región, así como los estándares internacionales, más que un desiderátum del mundo ideal. Por ejemplo, mientras que una cobertura inferior al 75% se considera relativamente baja en el caso de pensiones y salud, se considera muy alta para los servicios de atención a la dependencia. Esto refleja el limitado desarrollo de estos servicios en América Latina y el Caribe, así como el hecho de que, incluso en los países de altos ingresos, las familias siguen proporcionando una gran parte de los cuidados.

Las pensiones se consideran de alta calidad si proporcionan una tasa empírica de reemplazo del 40% o más, mientras que, en el caso de la atención médica, el límite es un valor del 75% o más en el Índice de Calidad y Acceso a la Salud. En el caso de los servicios de atención a la dependencia, la calidad se



evalúa como alta si se cumplen al menos cuatro criterios (más de la mitad). El cuadro 3.2 resume los criterios de clasificación para cada área y dimensión.³⁶

CUADRO 3.2 CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS ÍNDICES DE COBERTURA Y CALIDAD DE LAS PENSIONES, LA ATENCIÓN MÉDICA Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Área de protección social	Dimensión	Medida	Año	Fuente	Límites de clasificación			
					Muy bajo	Bajo	Alto	Muy alto
Pensiones	Cobertura	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben una pensión (contributiva o no contributiva)	2019	Encuestas de hogares	<50%	50%-75%	75%-90%	>90%
	Calidad	Tasa de reemplazo empírica	2019	Encuestas de hogares	<20%	20%-40%	40%-60%	>60%
Servicios de salud	Cobertura	Índice de cobertura esencial de servicios de atención médica (todas las edades)	2017	OMS	<50%	50%-75%	75%-90%	>90%
	Calidad	Índice de calidad y acceso a la salud (todas las edades)	2016	IHME	<50%	50%-75%	75%-90%	>90%
Atención a la dependencia	Cobertura	Porcentaje de personas mayores de 65 años con dependencia funcional que reciben servicios financiados con fondos públicos	(b)	(b)	<5% (or n/a)	5%-15%	15%-30%	>30%
	Calidad	Número de criterios de calidad cumplidos (a)	(b)	(b)	0-1 (or n/a)	2-3	4-5	6

Fuente: Elaboración propia.

Notas: Las encuestas de hogares se refieren a las Encuestas de Hogares Armonizadas de América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo; OMS se refiere a la Organización Mundial de la Salud, Índice de Cobertura Universal de los Servicios de Salud 2017; IHME se refiere a los cálculos propios basados en el Índice de Calidad y Acceso a la Salud del Institute for Health Metrics and Evaluation del estudio "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", consultado en diciembre del 2020. (a) De los seis criterios incluidos en el cuadro 3.1. (b) El año y la fuente de la información varían según el país.

36. El uso de umbrales para clasificar los resultados o el desarrollo de políticas es común en la literatura. Por ejemplo, el Índice de Pobreza Multidimensional desarrollado por Naciones Unidas clasifica los hogares como en pobreza extrema, pobres, o vulnerables en función del número de carencias que experimentan (de un total de diez indicadores que constituyen tres dimensiones de la pobreza: salud, educación, y nivel de vida) (Oxford y Naciones Unidas, 2021). Las escalas de calificación y las puntuaciones de los países en las evaluaciones institucionales y de políticas del Banco Mundial también utilizan umbrales (Banco Mundial, 2017). Del mismo modo, la Legislación de Protección del Empleo de la OCDE asigna un valor de 0 a 6 para calificar el rigor de la legislación de protección de los trabajadores (OCDE, 2020a). Desarrollamos nuestro índice siguiendo la misma línea.



3.4.2 Índice de protección social

Para cada área de protección social, calculamos un índice de protección que combina las calificaciones de cobertura y calidad. Asignamos un número a cada clasificación categórica: 1 es muy bajo, 2 bajo, 3 alto, y 4 muy alto. Combinamos la cobertura (C) y la calidad (Q) mediante una media geométrica para obtener el índice de protección (P). A pesar de que se trata de un método sencillo, varios índices conocidos (como el Índice de Desarrollo Humano elaborado por Naciones Unidas o el de Cobertura de Atención Médica Universal elaborado por la Organización Mundial de la Salud) utilizan la media geométrica para agregar dimensiones debido a las buenas propiedades del método. La media geométrica asume cierto grado de sustituibilidad y complementariedad entre los componentes del índice, penalizando los niveles muy bajos en cualquiera de ellos.

Por ejemplo, imaginemos un país con una puntuación de cobertura alta (3) y una puntuación de calidad muy baja (1). La media simple es 2, o sea, protección baja. En cambio, la media geométrica es de 1,7, por debajo del límite de la calificación baja. Se eligió este método porque la protección no puede lograrse eficazmente ni con cobertura sin calidad, ni con calidad sin cobertura. Ambas dimensiones son fundamentales y sinérgicas.

La fórmula del índice es:

$$(2) \quad P_{i,j} = (C_{i,j} * Q_{i,j})^{\frac{1}{2}}, \quad i=p, h, l$$

donde *i* representa las pensiones (p), los servicios de salud (h) o los servicios de atención a la dependencia (l), y *j* representa los países de la región. $P_{i,j}$ puede tomar nueve valores diferentes, que van del 1 (muy bajo) al 4 (muy alto). Los valores hasta 2 pueden considerarse bajos; los valores de 3 y superiores son altos; los valores entre 2 y 3 pueden interpretarse como intermedios. Las calificaciones intermedias pueden deberse a una alta cobertura con baja calidad, o a una baja cobertura con alta calidad.

A continuación, combinamos los tres índices (de pensiones, servicios de salud, y atención a la dependencia) para obtener un índice global de protección social para la población mayor. Como las áreas de la protección social también son fundamentales y sinérgicas, utilizamos una media geométrica para calcular el índice de protección social, como se indica a continuación:

$$(3) \quad SP_j = (P_{p,j} * P_{h,j} * P_{l,j})^{\frac{1}{3}}$$

El índice SP_j varía de 1 a 4. Al igual que con los índices P, los valores hasta 2 pueden considerarse bajos, los valores de 3 y superiores son altos, y los valores entre 2 y 3 pueden interpretarse como intermedios.



3.4.3 ¿Qué países han alcanzado los niveles más altos de protección social?

Argentina, Uruguay, Costa Rica, y Chile, tienen los niveles de protección social más altos de la región. Las pensiones tienen las puntuaciones más altas: 2,53 en cobertura y 2,58 en calidad. Le siguen los servicios de salud, donde la cobertura tiene una puntuación más alta que la calidad (2,38 y 1,88, respectivamente). Los servicios de atención a la dependencia obtienen una puntuación mucho más baja tanto en cobertura (1,42) como en calidad (1,23) (cuadro 3.3).

Brasil, Surinam, y Uruguay alcanzan una protección alta de pensiones ($P_p=3,46$) –con una cobertura muy alta y niveles de calidad altos–, seguidos de Argentina ($P_p=3,0$), donde tanto la cobertura como la calidad son altas. La cobertura de las pensiones es la única dimensión de la protección social en la que algunos países de la región obtienen una puntuación muy alta. Al mismo tiempo, las pensiones son también el único ámbito en el que algunos países obtienen una puntuación más alta en calidad que en cobertura. Por ejemplo, El Salvador tiene una cobertura muy baja y una calidad muy alta. La situación es similar en Honduras y en República Dominicana.³⁷

Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, El Salvador, y Uruguay alcanzan un nivel intermedio de protección en los servicios de salud ($P_h=2,45$), con una cobertura amplia, obstaculizada por una calidad baja (excepto en Chile, donde la cobertura es relativamente baja y la calidad relativamente alta). Ningún país de la región obtiene una puntuación alta en materia de protección de la salud. En general, la cobertura es mayor que la calidad en todos los países, y solo Chile alcanza una calidad alta. La mayoría de los países se sitúan en la categoría "baja" en ambas dimensiones, y algunos países de América Central y el Caribe se sitúan incluso por debajo de este límite.

Argentina, Bahamas, Barbados y Costa Rica alcanzan un nivel intermedio de protección en los servicios de atención a la dependencia ($P_d=2,45$), con alta cobertura y baja calidad. Al igual que ocurre con la atención médica, ningún país de la región obtiene una puntuación alta, debido a que la calidad es baja (o muy baja) en todos los casos. Además, 19 de los 26 países obtienen una puntuación muy baja tanto en la cobertura como en la calidad de los servicios.

37. Las puntuaciones de este índice solo reflejan la cobertura y la calidad de la protección social, y no necesariamente su sostenibilidad fiscal general (véase en la sección 4 un análisis detallado de este tema). Si los sistemas no son sostenibles, al final se verán obligados a reducir la cobertura o la calidad.



CUADRO 3.3 ÍNDICE DE PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE)

País	Índice de protección social	Cobertura de pensiones	Cat.	Calidad de pensiones	Cat.	Índice de pensiones	Cobertura de servicios de salud	Cat.	Calidad de servicios de salud	Cat.	Índice de servicios de salud	Cobertura de servicios de atención a la dependencia	Cat.	Calidad de la servicios de atención a la dependencia	Cat.	Índice de atención a la dependencia
Argentina	2,62	88,2%	3	44,7%	3	3,00	76	3	68	2	2,45	20%	3	3 ^(a)	2	2,45
Bahamas							75	2	66	2	2,00	n.a ^(a)	3	3	2	2,45
Barbados							77	3	71	2	2,45	15% ^(a)	3	3 ^(a)	2	2,45
Belize							64	2	56	2	2,00	-0 ^(a)	1	0 ^(a)	1	1,00
Bolivia	1,41	98,3%	4	18,7%	1	2,00	68	2	49	1	1,41	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Brasil	2,04	92,3%	4	54,9%	3	3,46	79	3	64	2	2,45	-0 ^(a)	1	1 ^(a)	1	1,00
Chile	2,40	91,5%	4	28,4%	2	2,83	70	2	78	3	2,45	7%	2	3 ^(a)	2	2,00
Colombia	1,82	62,2%	2	53,4%	3	2,45	76	3	69	2	2,45	n.a ^(a)	1	1 ^(a)	1	1,00
Costa Rica	2,45	73,0%	2	54,0%	3	2,45	77	3	74	2	2,45	20%	3	2 ^(a)	2	2,45
República Dominicana	1,51	35,9%	1	48,1%	3	1,73	74	2	61	2	2,00	-0 ^(a)	1	0 ^(a)	1	1,00
Ecuador	2,04	69,4%	2	50,1%	3	2,45	77	3	62	2	2,45	6%	2	1 ^(a)	1	1,41
Guatemala	1,41	18,7%	1	35,1%	2	1,41	55	2	52	2	2,00	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Guyana	1,59	91,6%	4	30,4%	2	2,83	72	2	50	1	1,41	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Haití							49	1	32	1	1,00	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Honduras	1,35	11,2%	1	44,4%	3	1,73	65	2	47	1	1,41	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Jamaica							65	2	62	2	2,00	-0 ^(a)	1	1 ^(a)	1	1,00
México	1,82	77,2%	3	33,4%	2	2,45	76	3	66	2	2,45	-0 ^(a)	1	1 ^(a)	1	1,00
Nicaragua	1,41	34,8%	1	38,3%	2	1,41	73	2	61	2	2,00	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Panamá	1,82	83,6%	3	36,3%	2	2,45	79	3	68	2	2,45	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Perú	1,70	58,5%	2	21,2%	2	2,00	77	3	64	2	2,45	-0 ^(a)	1	1 ^(a)	1	1,00
Paraguay	1,70	55,9%	2	50,3%	3	2,45	69	2	57	2	2,00	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
El Salvador	1,70	18,3%	1	64,0%	4	2,00	76	3	63	2	2,45	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Surinam	1,91	96,9%	4	43,0%	3	3,46	71	2	55	2	2,00	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Trinidad y Tobago							74	2	64	2	2,00	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
Uruguay	2,57	90,7%	4	54,0%	3	3,46	80	3	71	2	2,45	11%	2	3 ^(a)	2	2,00
Venezuela							74	2	68	2	2,00	n.a ^(b)	1	n.a	1	1,00
América Latina y el Caribe	1,86	65,7%	2,53	42,2%	2,58	2,42	71,8	2,38	61,5	1,88	2,10	5,36%	1,42	0,88	1,23	1,32

Fuente: Elaboración propia con base en múltiples fuentes (véanse los anexos 1.C, 1.D y 1.E para obtener más detalles).

Notas: (a) Con base en información cualitativa recopilada a través de una encuesta a responsables de políticas de atención a la dependencia y expertos en la materia (incluidos representantes del sector público, gerontólogos, y representantes de asociaciones de personas mayores). (b) No hay datos disponibles: se presume que la cobertura/calidad es muy baja.



3.5 Relación entre calidad de vida y protección social: las políticas importan

Existe una vasta y sólida evidencia de que las buenas políticas para aumentar la cobertura y la calidad de las pensiones, el sistema de salud, y la atención a la dependencia mejoran la calidad de vida de las personas mayores. Se ha demostrado que los sistemas de pensiones desempeñan un papel importante para mitigar la pobreza en las personas mayores en muchos países de la región, a través de las prestaciones contributivas y no contributivas (Galiani et al., 2016; Lustig et al., 2013; Gasparini et al., 2007). Gasparini et al. (2007) concluyeron que las pensiones reducen las tasas de pobreza entre las personas mayores en aproximadamente 40 puntos porcentuales en Brasil y Argentina, y en 20 puntos porcentuales en Chile y Uruguay. Las pensiones también tienen impactos positivos en la depresión geriátrica (Bando et al., 2020; Galiani et al., 2016), y en el estado de salud de las personas mayores (Hessel et al., 2018).

Sistemas de salud fuertes y que funcionen bien también contribuyen a la calidad de vida de las personas mayores, ya que mejoran su estado de salud y reducen los gastos médicos de bolsillo. En un estudio sobre 22 países latinoamericanos, Pinto et al. (2018) estiman que la mejora de la eficiencia de los sistemas de salud podría aumentar la esperanza de vida al nacer en aproximadamente tres años. La evidencia de Brasil, Colombia, y Costa Rica muestra que el fortalecimiento de la atención primaria o la integración en la prestación de los servicios médicos mejora los resultados de salud a lo largo de la vida de una persona (Rosero-Bixby, 2004; Macinko, Harris y Rocha, 2017; Alcaldía de Bogotá, 2019). Un mayor financiamiento de los servicios de salud públicos puede conducir a mejores resultados al mejorar el acceso a los servicios esenciales, especialmente entre los más vulnerables (Bokhari et al., 2007; Moreno-Serra y Smith, 2015; Xu et al., 2018). Algunos datos apuntan a que el financiamiento público tiene efectos importantes en la evolución de la salud de las personas mayores (Asiskovitch, 2010). Por último, el financiamiento de los servicios de salud públicos disminuye la probabilidad de gastos médicos catastróficos (Xu et al., 2018).

Los servicios de atención a la dependencia mejoran el bienestar y la satisfacción con la vida de las personas mayores (Aranco e Ibarrarán, 2019). Se demostró que los servicios de atención a la dependencia de base comunitaria mejoran considerablemente la calidad de vida de las personas mayores en Inglaterra (Forder et al., 2019). Los servicios prestados en los centros de día de Chile, que incluyen ejercicios físicos y mentales, mejoraron significativamente los resultados físicos y cognitivos de los beneficiarios (Valenzuela et al., 2021). Barnay y Juin (2016) determinaron que los servicios formales de atención a la dependencia mejoran los indicadores de salud mental de las personas mayores. La prestación de servicios de atención a la dependencia también repercute positivamente en la calidad de vida de los cuidadores familiares, que suelen ser personas mayores, con prestaciones de salud, empleo, y bienestar económico (Van den Berg y Ferrer-I-Carbonell, 2007).

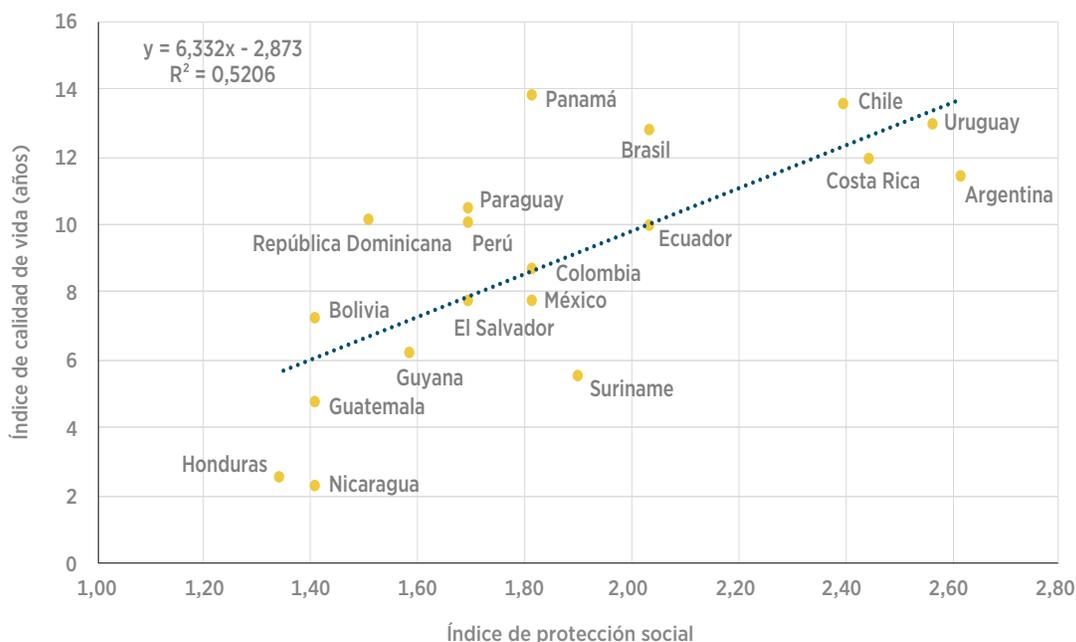
El gráfico 3.11 presenta la correlación entre el índice de calidad de vida (introducido en la sección 2.1) y el índice categórico de protección social (analizado en la sección 3.4) en los países de América Latina y el Caribe. En promedio, los países que obtienen una mayor puntuación en el índice de protección social tienen una mayor esperanza de vida saludable y sin pobreza a los 65 años. Esta correlación



está muy en consonancia con las conclusiones de estudios rigurosos que muestran un efecto causal de la protección social sobre la calidad de vida de las personas mayores. Esto supone una motivación para que los países con menores niveles de protección social analicen la experiencia de los países con mayores niveles de protección y apliquen reformas para aumentar el bienestar de sus poblaciones envejecidas.

Las reformas de protección social para el envejecimiento de la población deben adaptarse a las características específicas de cada país y preservar la sostenibilidad financiera. Esta sostenibilidad es clave para garantizar que las prestaciones de las reformas de protección social se extiendan a la siguiente generación de personas mayores, un reto que analizamos en la sección 4. Asimismo, cada país tendrá que implementar un conjunto diferente de reformas en función de las características de su población de personas mayores (por ejemplo, acumulación de activos, estado de salud, dependencia funcional) y sus arreglos actuales de protección social, algo que se analiza en profundidad en la sección 5.

GRÁFICO 3.11 CORRELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2019



Fuentes y Notas: Para conocer los países incluidos y los detalles del cálculo del índice de calidad de vida, véase el gráfico 2.1. En el caso del índice de protección social, véase el cuadro 3.3.



ENVEJECER
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES





4

El envejecimiento de la población pondrá a prueba la sostenibilidad de la protección social de las personas mayores

El envejecimiento de la población ejercerá presión sobre la sostenibilidad fiscal y social de los sistemas diseñados para proteger a las personas mayores. La sostenibilidad es la capacidad de los países tanto para financiar las transferencias y los servicios para las personas mayores (sostenibilidad fiscal) como para prestar servicios que reduzcan la presión sobre las familias y las comunidades (sostenibilidad social). Un incremento en el número de personas mayores aumentará de forma drástica y casi automática el gasto en pensiones. La tendencia también aumentará la demanda de servicios de salud y atención a la dependencia, pero en estos casos el impacto en el gasto puede reducirse mejorando la eficiencia y ajustando los niveles de servicio.

Junto con la demografía, el crecimiento económico y el cambio tecnológico desempeñarán un papel fundamental a la hora de determinar el gasto futuro en servicios de salud. El crecimiento económico se ha asociado sistemáticamente a un mayor gasto en salud por diversas razones, como el aumento de la demanda de servicios de atención médica y la presión al alza tanto de los precios de los insumos médicos como de los salarios de los profesionales. Las nuevas tecnologías –que abarcan desde nuevos procedimientos médicos hasta pruebas de diagnóstico, medicamentos, vacunas, y prótesis– también se han asociado a un aumento del gasto en atención médica, a pesar de que algunas puedan suponer un ahorro. Muchas de estas tecnologías mejoran la calidad de los servicios de atención médica y la calidad de vida de las personas. Algunos pueden reducir costos al sustituir tecnologías más caras (por ejemplo, la cirugía laparoscópica es más barata y menos arriesgada en muchos casos que las técnicas quirúrgicas más invasivas) o prevenir la necesidad de tratamientos costosos (por ejemplo, el control de la diabetes puede eliminar la necesidad de amputación y prótesis). Sin embargo, los estudios empíricos demuestran que, en general, las nuevas tecnologías médicas conllevan un mayor gasto en salud.

Además, las elevadas tasas de empleo informal en la región han sido un impedimento estructural para el financiamiento de los sistemas de seguridad social a través de las contribuciones obligatorias de empleadores y trabajadores. Las tendencias tecnológicas, como la rápida expansión de la *economía gig*, podrían prolongar esta tendencia. El empleo generado en la *economía gig*, no cumple con la definición de empleo formal, lo que podría poner en riesgo el financiamiento de la protección social basados en las aportaciones de empleadores y empleados. Estas tecnologías están remodelando la relación entre



el empleador y el empleado, y la normativa laboral debe evolucionar en consecuencia. El porcentaje de empleo en estas plataformas en América Latina y el Caribe es todavía bajo, pero se espera que crezca rápidamente. La región experimentó un aumento del 875% en las descargas de plataformas a la carta del 2015 (3006 descargas por cada 1000 habitantes) al 2019 (29 322 descargas) (SensorTower, 2020). Si los sistemas de seguridad social no adaptan su diseño y financiación a esta realidad, la cobertura podría erosionarse aún más.

La pandemia de COVID-19 ha provocado graves restricciones fiscales en toda la región. Los países de América Latina y el Caribe tienen menos margen de maniobra para invertir en servicios de salud y de atención a la dependencia en respuesta al envejecimiento de la población. Es probable que las personas mayores sufran de forma desproporcionada la reducción de los presupuestos para la prestación de cuidados sanitarios y sociales. Esto hará que la mejora de la eficiencia de la protección social sea una prioridad absoluta.

En esta sección, analizamos las fuerzas que afectan a la sostenibilidad fiscal y social de las pensiones, los servicios de salud, y los servicios de atención a la dependencia. Concluimos comparando el gasto actual con los países de fuera de la región y con una proyección del gasto global en protección social hasta 2050.



SIGUE
LEYENDO
SOBRE:



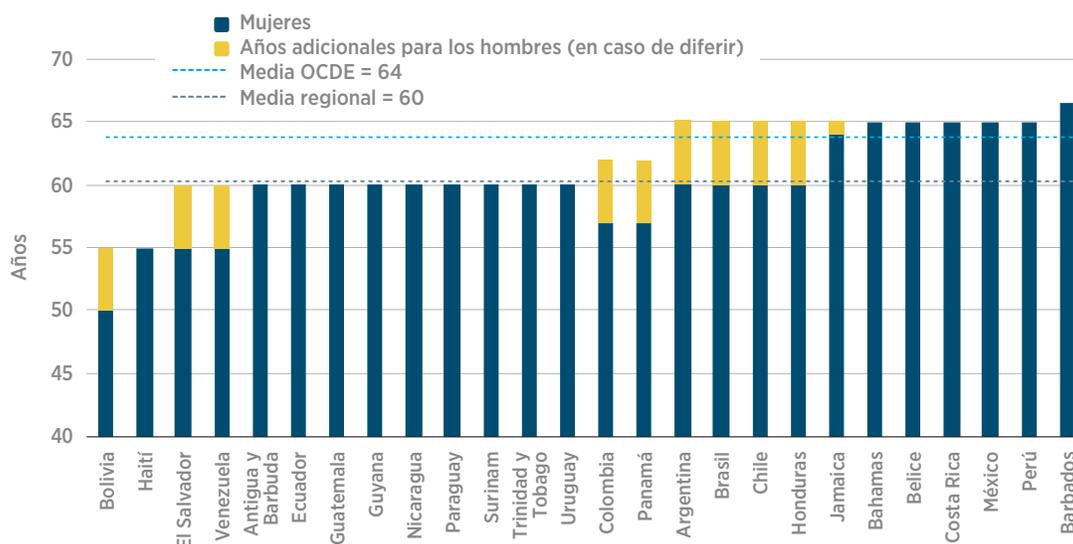
4.1 Sostenibilidad de las pensiones: las presiones subyacentes

La forma en que los sistemas de pensiones se adaptan a los cambios demográficos está relacionada con la forma en que se determinan y financian las prestaciones. En América Latina y el Caribe, la mayoría de los países tienen un sistema de beneficio definido, en el que las pensiones se determinan mediante una fórmula preestablecida y normalmente se financian con las aportaciones de los trabajadores y los empleadores y, en algunos casos, con ingresos fiscales generales. Además, la mayoría de los países han desarrollado pensiones no contributivas financiadas mediante ingresos fiscales generales. Si no se introducen cambios, y manteniendo los niveles de cobertura y de beneficios, los sistemas de beneficio definido y las pensiones no contributivas verán incrementado el gasto en pensiones y absorberán una mayor proporción del PIB a medida que aumente el número de personas mayores. Por otro lado, los países con sistemas de contribución definida, en los que las pensiones son el resultado del capital acumulado en una cuenta individual, verán cómo el valor de las pensiones disminuye con el tiempo a medida que la mayor esperanza de vida amplía el número de años que la gente pasa jubilada.

Los sistemas tradicionales de beneficio definido de gestión pública son generosos según los estándares internacionales y causan grandes desequilibrios fiscales. Si no se introducen cambios en estos sistemas, el gasto aumentará. Como se observó en la sección 3.1, la pensión promedio prometida en América Latina y el Caribe en relación con el último pago salarial (tasa de reemplazo) es del 65%, en comparación con el 49% de la OCDE (OCDE, 2019) (recuadro 3.3). Además, la edad promedio de jubilación mínima en la región es de 60 años, en comparación con los 64 de la OCDE (gráfico 4.1). A pesar de prometer prestaciones más generosas, estos sistemas tienen una tasa de aportación promedio del 11,4% de los salarios, en comparación con el 18,4% de la OCDE (gráfico 4.2). Si los parámetros y la proporción de adultos con derecho a pensión no varían, los cambios en el gasto en pensiones serán totalmente producto de las variaciones en la población. Esto significa que el gasto como proporción del PIB crecerá hasta dos o tres veces los niveles actuales. Dadas las tendencias demográficas y del mercado laboral, es probable que los ingresos de los sistemas contributivos se mantengan estables durante las próximas décadas.



GRÁFICO 4.1 EDAD MÍNIMA LEGAL DE JUBILACIÓN EN LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SEGURIDAD SOCIAL, 2019



Fuentes: Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2019*; *Pensions at a Glance 2019*; y Altamirano et al., 2018.

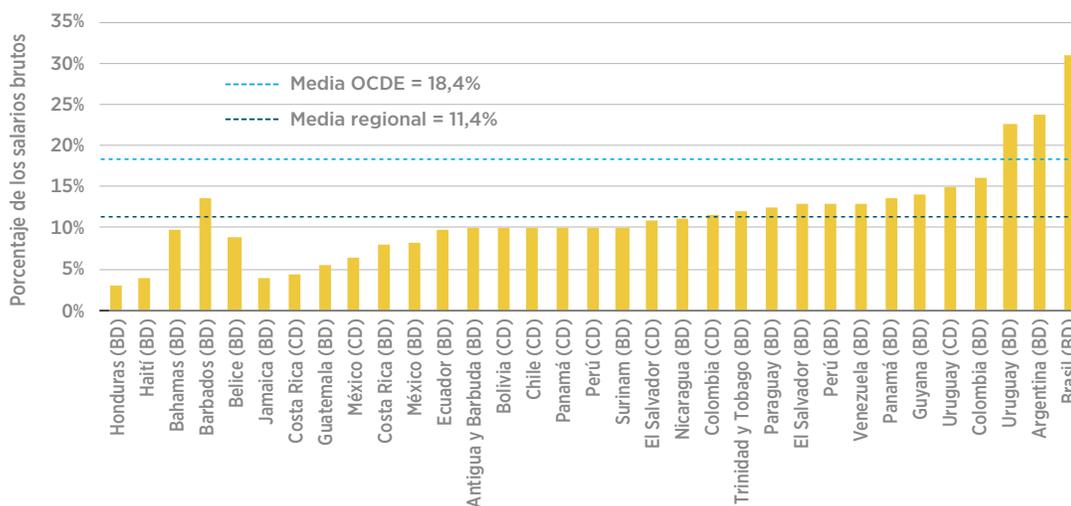
Notas: Estas estadísticas reflejan las personas que se jubilan en 2019. El promedio de la OCDE excluye a los países de América Latina.

En el caso de las prestaciones no contributivas entran en juego fuerzas similares. Si los países aspiran a mantener compromisos similares en términos de cobertura y nivel de prestaciones en relación con el PIB per cápita, el gasto en pensiones no contributivas aumentará junto con el envejecimiento de la población. Si las prestaciones se mantienen constantes como una proporción del PIB per cápita, el gasto en prestaciones no contributivas (como proporción del PIB) seguirá de cerca el crecimiento de la proporción de la población mayor de 65 años (Bosch et al., 2013). Como se muestra en el gráfico 1.1, el tamaño relativo de este grupo demográfico se duplicará del 2020 al 2050, y lo mismo ocurrirá con el gasto en pensiones no contributivas como porcentaje del PIB.

Surgirán presiones adicionales en los sistemas de contribución definida. A diferencia de los planes de beneficio definido, los planes de contribución definida se ajustarán al envejecimiento de la población, disminuyendo el valor de las pensiones. Si se adopta una edad de jubilación constante, el aumento de la longevidad reducirá el importe de la pensión que los trabajadores pueden financiar directamente con sus cuentas individuales. Altamirano et al. (2018) estiman que las tasas de reemplazo teórica de estos sistemas disminuirán en promedio del 39,8% en 2015 al 38,7% en 2050, y al 37,8% en 2100. Este descenso será más pronunciado para los trabajadores con ingresos altos, que dependen menos de las pensiones mínimas. Por ejemplo, para los trabajadores que ganan tres veces el salario mínimo, las tasas de reemplazo caerán del 26% en 2015 al 21% en 2100. También surgirán presiones fiscales. La existencia de pensiones mínimas financiadas con los ingresos fiscales generales podría representar un aumento de los costos fiscales a medida que los países envejecen, las pensiones se reducen y una mayor proporción de trabajadores tiene derecho a las pensiones mínimas.



GRÁFICO 4.2 TASA DE CONTRIBUCIÓN DE PENSIONES OBLIGATORIA DEL TRABAJADOR PROMEDIO (% DEL SALARIO BRUTO)



Fuentes: Administración de la Seguridad Social; Programas de seguridad social en el mundo: The Americas, 2019; Pensions at a Glance 2019; y Altamirano et al., 2018.

Notas: CD significa sistemas de contribución definida; BD significa sistemas de beneficio definido. Estas estadísticas corresponden a los empleados formales activos en 2018. En los sistemas de contribución definida, el tipo de contribución refleja las aportaciones capitalizables. En la mayoría de los casos, estas tasas también financian las pensiones de invalidez y supervivencia.



**SIGUE
LEYENDO
SOBRE:**



4.2 Sostenibilidad de los servicios de salud

La sostenibilidad de los servicios de salud puede aumentarse principalmente mejorando la salud de la población y logrando una mayor eficiencia (financiera, de gestión y técnica). La cobertura universal de la salud de calidad tiene un costo. Por ejemplo, en la OCDE (sin incluir a los países de América Latina y el Caribe), donde el acceso a atención médica de calidad es considerablemente mayor que en América Latina y el Caribe, el gasto público y privado en salud es del 9,5% del PIB (OCDE, 2021).³⁸ Por el contrario, el gasto público y privado en salud promedio en la región es del 7,4% del PIB (Rao et al., 2022).³⁹ Sin embargo, los recursos adicionales solo marcan la diferencia en la salud de las personas si se gastan de forma eficaz y, en este sentido, los sistemas de salud de la región no funcionan bien. A menos que el dinero se gaste bien, la financiación puede aumentar sin generar mejoras sustanciales en la salud (Pinto et al., 2018).

Los países difieren tanto en las cantidades como en las fuentes de su gasto en salud. El sector público representa alrededor de la mitad del gasto en salud de la región, mientras que el 30% es gasto de bolsillo y el 20% restante se canaliza a través de aseguradoras privadas (con o sin ánimo de lucro). En contraste, los servicios de salud financiados con fondos públicos representa más del 80% del gasto en países como Canadá, Corea del Sur, Japón, Reino Unido y la mayor parte de Europa. La alta participación de los ciudadanos parece ser una condición necesaria pero no suficiente para hacer más eficientes los servicios de salud y aplicar planes nacionales de cobertura de salud coherentes. En América Latina y el Caribe se pueden encontrar altos porcentajes de gasto público en salud en países tan diversos como Bolivia (72% del gasto total en salud), Colombia (77%), Surinam (75%), Costa Rica (74%) y Uruguay (72%). En otros países, el gasto público en salud representa una parte mucho menor del gasto total en salud, hasta llegar a apenas el 35% en Guatemala y el 13% en Haití (gráfico 4.3).

El gasto en salud por persona aumenta con la edad, pero una mayor parte del gasto en salud sigue correspondiendo a los más jóvenes. El gasto promedio en salud de los menores de 50 años es de 213 USD por persona en Perú, en comparación con los 532 USD de las personas de entre 50 y 64 años, los 1185 USD de las personas de entre 65 y 79 años, y los 1691 USD de las personas mayores de 80 años. Este patrón se repite en otros países de la región (gráfico 4.4) y se observa por lo general en estudios más amplios (Karlsson et al., 2016). Sin embargo, debido a que los grupos de mayor edad siguen siendo menos numerosos, solo el 21% de todo el gasto en salud se destina a personas mayores de 65 años en Costa Rica y Trinidad Tobago; el 25% en Colombia; el 28% en Brasil y México; y el 31% en Perú. En los

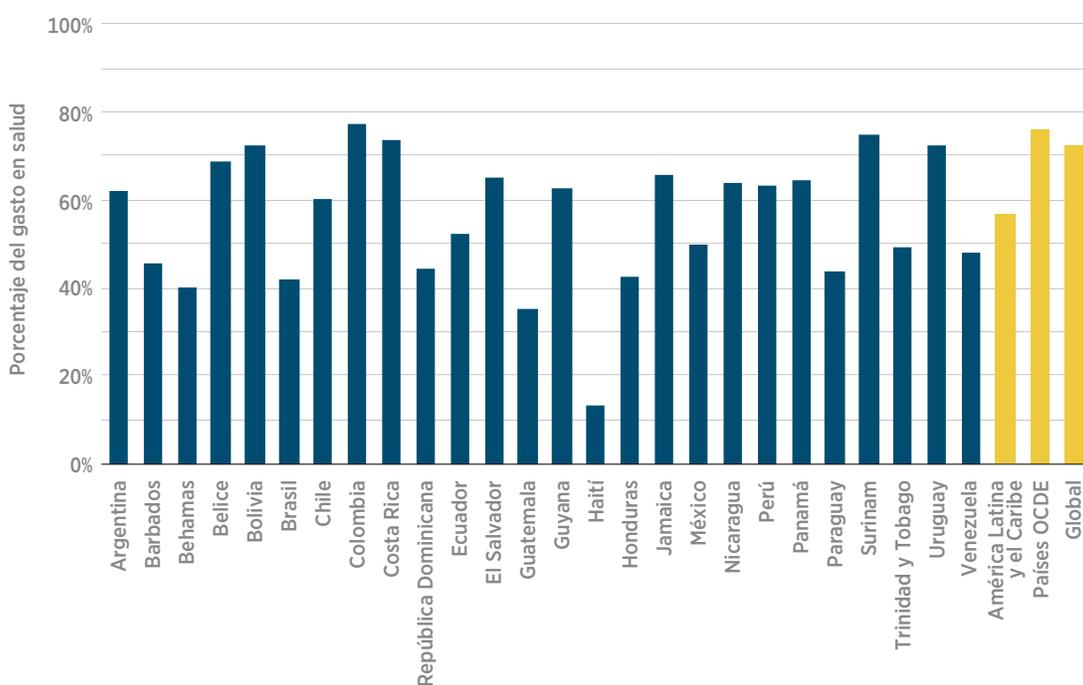
38. Los países de la OCDE no incluyen los países de América Latina y el Caribe que son miembros de la OCDE.

39. En este informe hemos optado por utilizar el gasto total en salud (tanto público como privado) como indicador de la sostenibilidad fiscal para mejorar la comparabilidad y garantizar la relevancia macroeconómica. En primer lugar, el gasto total en salud es más comparable entre países que el gasto público en salud debido a las importantes variaciones en las instituciones que financian la atención médica. Por ejemplo, los gastos de los seguros médicos no gubernamentales exigidos por ley, si están bien regulados e integrados, son indistinguibles de los programas gubernamentales públicos administrados por organizaciones privadas y financiados por impuestos obligatorios (que se denominan "primas"). En segundo lugar, la parte privada del gasto total en salud reduce efectivamente la parte de la renta nacional disponible para los impuestos (y, por tanto, limita el espacio fiscal). Los países con un gasto público en salud más eficiente pueden reducir el gasto privado en salud y ampliar su base de ingresos potenciales. En cambio, los que tienen un gasto público ineficiente en salud no consiguen prestar los servicios que demandan los ciudadanos, que entonces recurren a comprarlos a través de aseguradoras privadas o a prestadores privados. Así, el gasto total en salud es el que mejor capta la combinación de los gastos presupuestarios públicos directos y las ineficiencias que afectan al espacio fiscal.



países de la OCDE, el gasto per cápita también es mucho mayor para los grupos de más edad, pero la población de esos países es más vieja. Mientras que el porcentaje medio de todo el gasto en salud dedicado a los mayores de 65 años en América Latina y el Caribe⁴⁰ es del 27%, este porcentaje llega al 36% en la República Checa, 38% en los Países Bajos y 39% en Corea.⁴¹

GRÁFICO 4.3 GASTO EN SALUD PÚBLICA COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD, 2018 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud. Consultado en diciembre del 2020.

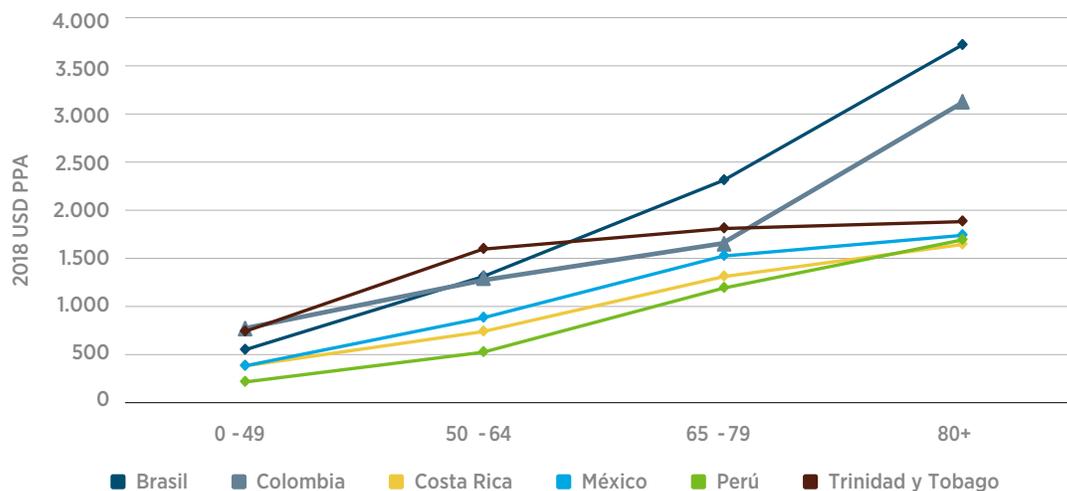
Notas: El gasto total en salud presentado en esta figura equivale al "gasto corriente" de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud y no incluye la formación bruta de capital.

40. Este promedio se basa en los 24 países de la región para los que se dispone de cálculos en Rao et al. (2022).

41. Elaboración propia a partir de datos disponibles en <https://stats.oecd.org/>, consultado el 19 de noviembre de 2021.



GRÁFICO 4.4 GASTO EN SALUD PER CÁPITA POR GRUPOS DE EDAD
(2018 USD, PARIDAD DE PODER ADQUISITIVO)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de gastos médicos incluidos en los principales capítulos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, capítulos 10 (ICD-10).

Notas: Los datos fueron recopilados por la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins.

Muchos de los factores que impulsan el aumento del gasto en salud los gobiernos no los pueden intervenir fácilmente ya que se relacionan con el aumento de la renta, la expansión de los servicios de salud, los precios de los insumos, los cambios tecnológicos y el envejecimiento de la población (Fan y Savedoff, 2014; Pinto et al., 2018). A 2050 se prevé que el gasto en salud per cápita en la región crezca un 3,2% anual en términos reales en los países de América Latina, y un 2,4% anual en el Caribe (Rao et al., 2022).⁴² El mayor crecimiento, de más del 4% anual, se espera en República Dominicana, Panamá, Perú y Trinidad y Tobago, mientras que se prevén tasas de crecimiento del 2% o menos para Argentina, Guyana, Jamaica y México. En general, se espera que el gasto en salud sea un 175% mayor en 2050 que en la actualidad como consecuencia de cuatro factores: el crecimiento económico y el cambio tecnológico; el aumento de la prevalencia de enfermedades; el envejecimiento de la población y el crecimiento demográfico.

El crecimiento económico y el cambio tecnológico en conjunto es el factor más importante, seguido por la prevalencia de enfermedades, el envejecimiento de la población y el crecimiento demográfico. Según estas proyecciones, el gasto en salud (tanto privado como público) se multiplicará por 2,8 entre 2020 y 2050 en los países de América Latina y el Caribe. El gasto en salud en relación con el PIB

42. Todas las proyecciones del gasto en salud se basan en Rao et al. (2022), a menos que se indique lo contrario.



pasará del promedio regional actual del 7,4% en 2020 al 10,2% en 2050. El crecimiento económico y la tecnología será el factor que más influya en el gasto en salud: en promedio, este factor casi duplicará el gasto total en salud. Sin embargo, los países seguirán mostrando grandes disparidades, ya que se prevé que el gasto en salud sea inferior al 8% del PIB en Bolivia, Guyana, Perú y Surinam, pero superior al 12% del PIB en Argentina, Brasil, Chile y Nicaragua. Los efectos finales de la pandemia de COVID-19 en el gasto en salud aún no están claros debido a los retrasos en los informes gubernamentales. Es posible que el gasto en salud disminuya debido a la crisis económica (Gheorge et al., 2020), sin embargo, es probable que esta tendencia sea corta.

La capacidad de los países para mantener niveles más altos de gasto en salud depende de su capacidad fiscal y su compromiso político. Los países de la OCDE pueden mantener el gasto en salud muy por encima de los niveles observados en América Latina y el Caribe gracias a una combinación de movilización de ingresos internos más eficaz y de elecciones de asignación presupuestaria. El Fondo Monetario Internacional estima que el gasto en salud de los países de América Latina y el Caribe convergerá hacia los niveles que se encuentran en las economías más ricas de la actualidad, suponiendo que se adopten políticas fiscales similares (Figliuoli et al., 2018). A pesar de que el gasto en salud en porcentaje del PIB es el indicador más claro del esfuerzo necesario para financiarlo, en última instancia las políticas fiscales generales (ingresos y gastos) determinarán si este nivel de gasto es sostenible.



SIGUE
LEYENDO
SOBRE:



4.3 Sostenibilidad de los servicios de atención a la dependencia

El gasto público en servicios de atención a la dependencia en los países de América Latina y el Caribe es muy bajo.

Dado que el sector está escasamente desarrollado y se encuentra fragmentado, es difícil calcular los datos sobre el costo de todos los servicios de atención a la dependencia en un país. Molina et al. (2020) concluyeron que el costo de varios servicios públicos para las personas mayores dependientes en Chile ascendió al 0,02% del PIB en 2019. En Uruguay, los servicios públicos para personas dependientes (incluidos los beneficiarios más jóvenes) costaron un 0,04% del PIB en el 2017 (Aranco y Sorio, 2019). En cambio, los países de fuera de la región con sistemas de cuidados consolidados invierten aproximadamente el 1,2% del PIB en atención a la dependencia.⁴³ Sin embargo, este cálculo incluye tanto los servicios sociales como los servicios de salud relacionados con la atención a la dependencia (OCDE, 2017; Comisión Europea, 2018; Mueller et al., 2020).

El bajo gasto en América Latina y el Caribe refleja el escaso desarrollo de los sistemas de atención a la dependencia y la escasa cobertura de la población objetivo.

Fabiani et al. (2022) calcularon que proporcionar servicios de atención a la dependencia al 50% de las personas mayores funcionalmente dependientes en 16 países de la región requeriría el 0,5% del PIB en promedio, con una gran variación entre países. Los cálculos presuponen un paquete de servicios que incluye asistencia domiciliaria, atención residencial, centros de día, y teleasistencia. Estas simulaciones básicas presuponen que los recursos humanos son el principal componente del costo de los servicios de atención a la dependencia y proporcionan un cálculo aproximado de lo que costaría implementar dichos servicios.⁴⁴

Debido a que los gobiernos de la región gastan poco en servicios de atención a la dependencia, estos no amenazan la sostenibilidad fiscal del sistema de protección social. Sin embargo, existen dudas legítimas sobre su sostenibilidad social.

En el régimen actual, las mujeres de las familias asumen la mayor parte de las responsabilidades de cuidados. Los datos de las encuestas de hogares muestran que más del 75% de las personas mayores que necesitan apoyo para las actividades de la vida diaria reciben ayuda de familiares no remunerados (98,6% en México, 93% en Brasil, 84,8% en Costa Rica, 79,1% en Argentina y 76,4% en Uruguay).⁴⁵

La mayor parte de la ayuda familiar la proporcionan las mujeres, lo que repercute negativamente en su participación en el mercado laboral.

Los datos de Chile, Colombia, Costa Rica, y México muestran que las mujeres representan entre el 63% y el 84% de los cuidadores no remunerados y son responsables del 72% al 88% del tiempo dedicado al cuidado de los familiares mayores (Stampini et al., 2020). Esta responsabilidad está asociada a una reducción significativa tanto de su participación en el mercado

43. Elaboración propia con base en el gasto total de los países de la OCDE en atención a la dependencia, que asciende al 1,5% del PIB, el 79% del cual se financia con fondos públicos (datos presentados en Mueller et al., 2020). Los cálculos de la OCDE no incluyen datos sobre Chile, México, Nueva Zelanda y Turquía por falta de disponibilidad.

44. Consulte una descripción más detallada en Fabiani et al. (2022).

45. Elaboración propia con base en datos de Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) de Uruguay (2013), Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM) de México (2018), Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS) de Costa Rica (2018), Estudio Longitudinal da Saúde dos Idosos (ELSI) de Brasil (2018), y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ENCAVIAM) de Argentina (2012).



laboral como del número de horas trabajadas para los que siguen empleados (Stampini et al., 2022). La necesidad de acomodar las responsabilidades de cuidado también explica por qué las mujeres están sobrerrepresentadas en el mercado laboral informal, normalmente en acuerdos que permiten más flexibilidad (Banco Mundial, 2020; Gasparini y Marchionni, 2015). En general, estas tendencias de cuidado hacen que las mujeres ganen menos que los hombres durante sus años de trabajo y también tengan menos probabilidades de acceder a las pensiones contributivas, como se ha visto en la sección 3.1.

Además de su impacto en la independencia económica de las mujeres, las responsabilidades de cuidado tienen consecuencias bien documentadas para la salud física, mental y emocional de las cuidadoras no remuneradas. Las tareas de cuidados se asocian a un aumento de los síntomas depresivos (Coe y Van Houtven, 2009), así como a un mayor uso de antidepresivos, tranquilizantes, analgésicos, y agentes gastrointestinales. Un metaanálisis determinó que la prestación de cuidados tiene efectos tanto positivos como negativos en los cuidadores, a pesar de que los efectos negativos fueron más prominentes entre las personas con menores ingresos (Pinquart y Sörensen, 2003).

Con la reducción del tamaño de las familias y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, cada vez es menos posible depender únicamente del cuidado de la familia. Por ejemplo, los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento de México muestran que aproximadamente una de cada cuatro personas con dificultades para realizar tres o más actividades básicas de la vida diaria no recibe ningún apoyo (González-González et al., 2019).

En resumen, los actuales sistemas de atención a la dependencia son sostenibles desde el punto de vista financiero, pero plantean retos sociales. Dejan a una gran proporción de personas dependientes sin la atención que necesitan. También, la mayor parte de las responsabilidades de cuidado no están remuneradas y recaen en los miembros de la familia, en su mayoría mujeres, lo que dificulta su participación en la fuerza de trabajo





4.4 Gasto actual y futuro en protección social

En esta sección, proyectamos el impacto que el envejecimiento, el cambio epidemiológico, el cambio tecnológico y el potencial desarrollo de los sistemas de atención a la dependencia tendrán sobre el gasto en protección social en América Latina y el Caribe. Las proyecciones abarcan el gasto en pensiones, salud (tanto pública como privada) y atención a la dependencia. En el caso de las pensiones, adoptamos el mismo enfoque que el Fondo Monetario Internacional (2018) y proyectamos la trayectoria del gasto tomando en cuenta las tendencias demográficas actuales, y dejando la cobertura general (porcentaje de beneficiarios de pensiones) y la generosidad (tasas de reemplazo de los sistemas contributivos y no contributivos) en los niveles actuales (véanse más detalles en el anexo 1.C). En el caso del gasto en salud, nuestros cálculos se basan en Rao et al. (2022), que proyectan el aumento del gasto público y privado en salud en función del crecimiento de la población, el envejecimiento, la prevalencia de las enfermedades y los factores de riesgo asociados, y el crecimiento económico y el cambio tecnológico. Las proyecciones de gasto en atención a la dependencia presuponen que los países de la región acabarán desarrollando sistemas de cuidados que cubrirían hasta el 50% de las personas mayores dependientes de cuidados (véase Fabiani et al., 2022, y anexo 1.E). No hay forma de saber si los países ampliarán los servicios de atención a la dependencia hasta este nivel, pero utilizamos este supuesto para demostrar las implicaciones fiscales de realizar un avance significativo hacia una red de seguridad más fuerte. Las tendencias previstas pueden no materializarse si los países reforman las pensiones o las prestaciones de salud en respuesta al envejecimiento de la población, o si las medidas políticas alteran las tendencias epidemiológicas previstas. El objetivo de estos cálculos es subrayar los principales factores de tensión del gasto en protección social en el marco de las disposiciones institucionales actuales y de las tendencias demográficas y epidemiológicas

Se calcula que el gasto general en pensiones, salud (tanto pública como privada y para todas las edades) y atención a la dependencia aumentará del 11,7% del PIB en el 2020 al 18,9% del PIB en el 2050. Aproximadamente el 48% de este crecimiento estará impulsado por las pensiones, que pasarán del 3,9% del PIB en el 2020 al 7,4% en el 2050. El gasto en salud aumentará del 7,4% al 10,2% (lo que representa el 37% del incremento total). La mayor parte de este aumento será atribuible al gasto en atención médica de los mayores de 65 años, que se prevé que crezca del 2,2% del PIB en 2020 al 4,8% en 2050. Mientras tanto, el gasto en personas menores de 65 años se mantendrá relativamente constante, en torno al 5% del PIB (gráfico 4.5). Además, se espera que se intensifique la presión para desarrollar servicios de atención a la dependencia. Se calcula que, para el 2050, el número de personas mayores dependientes alcanzará los 23 millones, casi tres veces más que en la actualidad (Aranco et al., 2022). Si la región desarrollara sistemas de atención a la dependencia con amplia cobertura, el aumento en los costos sería importante. Calculamos que el desarrollo de sistemas de cuidados que cubran el 50% de las personas dependientes en 2050 costará casi el 1,4% del PIB, en promedio (Fabiani et al., 2022).⁴⁶

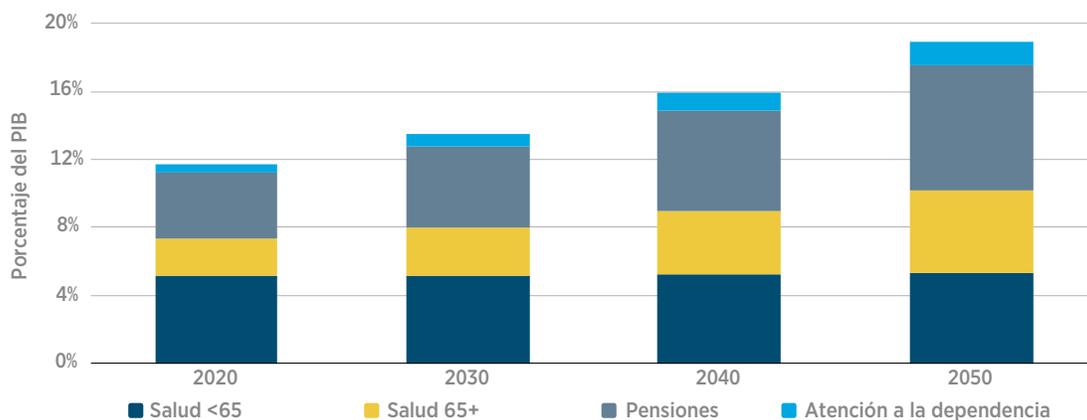
Tanto los niveles de gasto actuales como las presiones fiscales futuras varían considerablemente entre países. En Argentina, Brasil, y Costa Rica, que ya se encuentran en el extremo superior del gasto

46. Véase Fabiani et al. (2022). Una tasa de cobertura del 50% significaría que los servicios de cuidados de larga duración financiados con fondos públicos se proporcionarían a cerca del 8% de las personas mayores de 65 años. En contraste, el porcentaje de la población mayor de 65 años que recibe atención domiciliaria o residencial en los países de la OCDE es del 11% (OCDE, 2021).



en pensiones y atención médica de la región, se prevé que el gasto aumente en más del 8% del PIB para el 2050. Paraguay, Perú o República Dominicana tendrán un aumento del gasto inferior al 5% del PIB. En promedio, los países que gastan más actualmente verán aumentar más su gasto en el futuro (gráfico 4.6). Esto es especialmente cierto en el caso de los países con una alta cobertura y un valor elevado de las pensiones. Sin embargo, las decisiones políticas y financieras sobre la calidad y la cobertura de las transferencias y los servicios acabarán determinando la trayectoria final del gasto.

GRÁFICO 4.5 TENDENCIAS DEL GASTO EN PENSIONES, SALUD Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA COMO PROPORCIÓN DEL PIB (%), 2020-2050

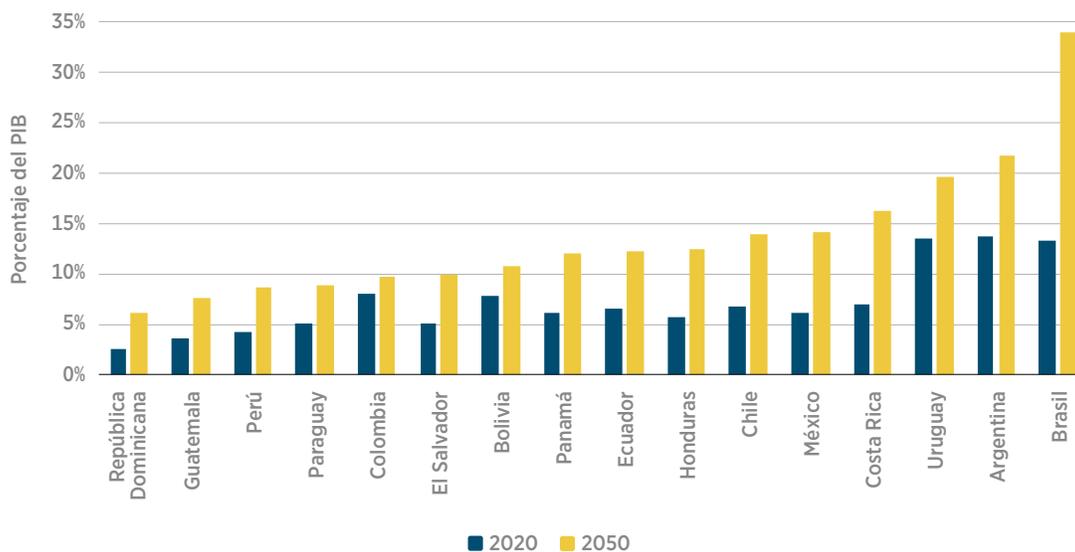


Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social, Banco Interamericano de Desarrollo; base de datos de Perspectivas Económicas Mundiales, Fondo Monetario Internacional; datos sobre pensiones y gasto en salud, OCDE; Rao et al. (2022).

Notas: "Salud <65" se refiere al gasto en salud entre la población menor de 65 años; "Salud 65+" se refiere al gasto en salud entre la población de 65 años o más. Debido a la disponibilidad de datos, los países incluidos en el gráfico son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay. El valor regional es la media no ponderada de los 16 países latinoamericanos incluidos en la gráfica.



GRÁFICO 4.6 GASTO ACTUAL Y FUTURO EN PENSIONES, SALUD Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, EN PROPORCIÓN DEL PIB (%), 2020 Y 2050



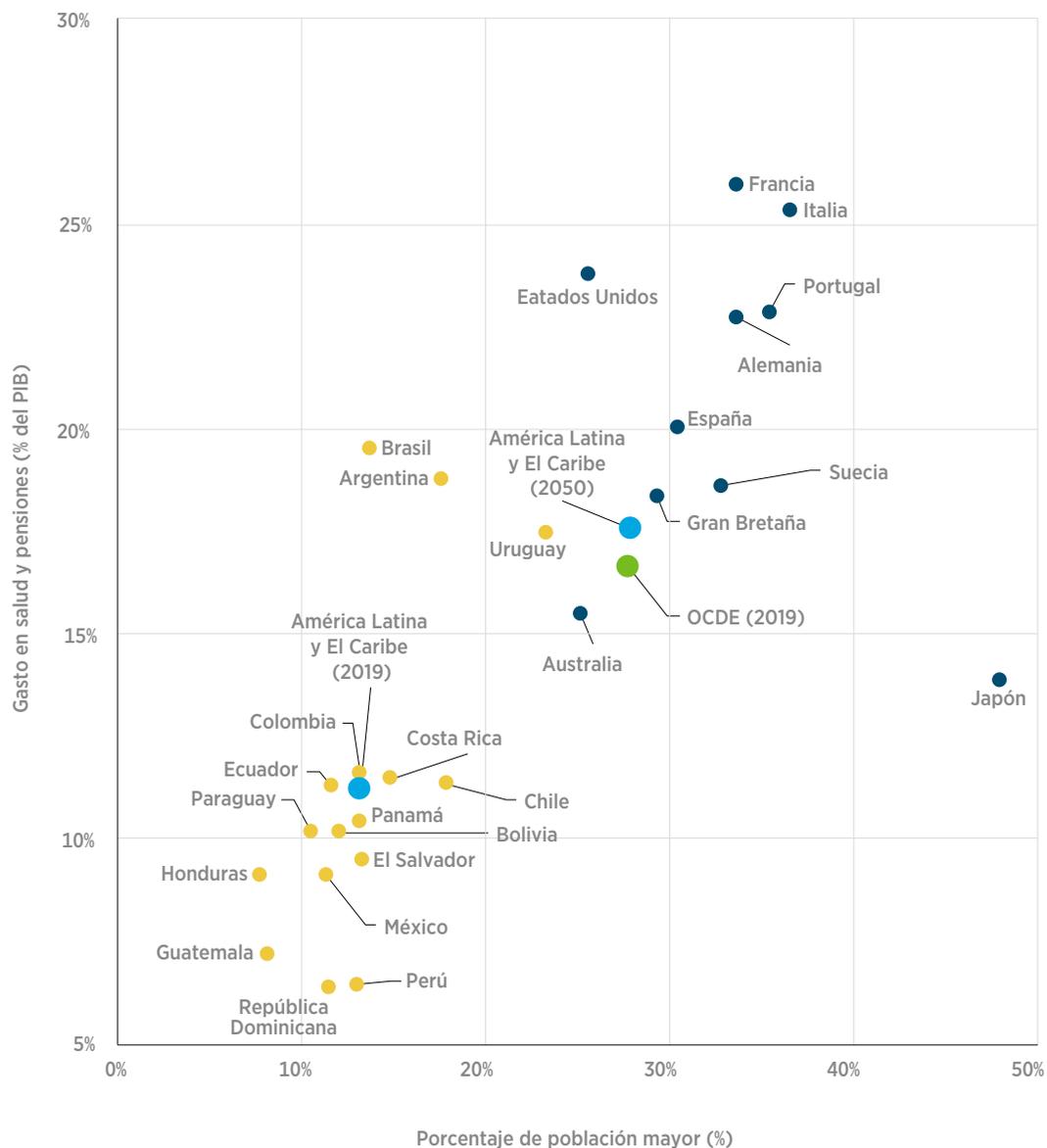
Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo; World Economic Outlook Database del Fondo Monetario Internacional; Data Pension and Health Spending de la OECD; Rao et al. (2022); y Fabiani et al. (2022).

Si se mantienen las tendencias actuales, algunos países de América Latina y el Caribe están en camino de superar los niveles de gasto de la OCDE a medida que su población envejece, pero con menores niveles de cobertura y calidad.

Si comparamos el gasto en pensiones y salud con los niveles actuales de envejecimiento de la población de los países de América Latina y el Caribe y los países de la OCDE (gráfico 4.7), descubrimos que los países de América Latina y el Caribe son actualmente más jóvenes y gastan considerablemente menos que los países de la OCDE en salud y pensiones (11,4% en comparación con el 19%). Sin embargo, aún hoy Brasil, Argentina y Uruguay gastan tanto como Grecia y España, en porcentaje del PIB, a pesar de tener una población más joven. También proyectamos el gasto promedio en América Latina y el Caribe para el 2050. Se grafican los niveles actuales de gasto en pensiones y salud (pública y privada) en relación con el envejecimiento de la población de los países de la región y se comparan con el gasto actual de la OCDE (excluidos los países de América Latina y el Caribe). Nuestras proyecciones indican que, para el 2050, la proporción de personas mayores de América Latina y el Caribe se equiparará a las proporciones actuales de la OCDE. Su gasto será ligeramente inferior al nivel actual de la OCDE (17,5% del PIB en comparación con 19%), con menores niveles de cobertura y calidad en algunos servicios, y con menor capacidad de financiamiento. El promedio de la relación entre los ingresos fiscales y el PIB antes de la pandemia del COVID-19 en América Latina y el Caribe era de 22,4%, en comparación con 34,2% en los países de la OCDE (OCDE, 2019).



GRÁFICO 4.7 CORRELACIÓN ENTRE LA PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES (% DE LA POBLACIÓN) Y EL GASTO EN PENSIONES Y SALUD (% DEL PIB) EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN PAÍSES DE INGRESOS ALTOS, 2019



Fuentes: Para información sobre el gasto en salud y pensiones en los países de América Latina y el Caribe, véase el gráfico 4.6. La información sobre el porcentaje de población mayor de 65 años procede de los datos de población de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas 2019.

Notas: El gasto en 2050 solo se proyecta para América Latina. El valor regional es la media no ponderada de los 16 países latinoamericanos incluidos en la gráfica.

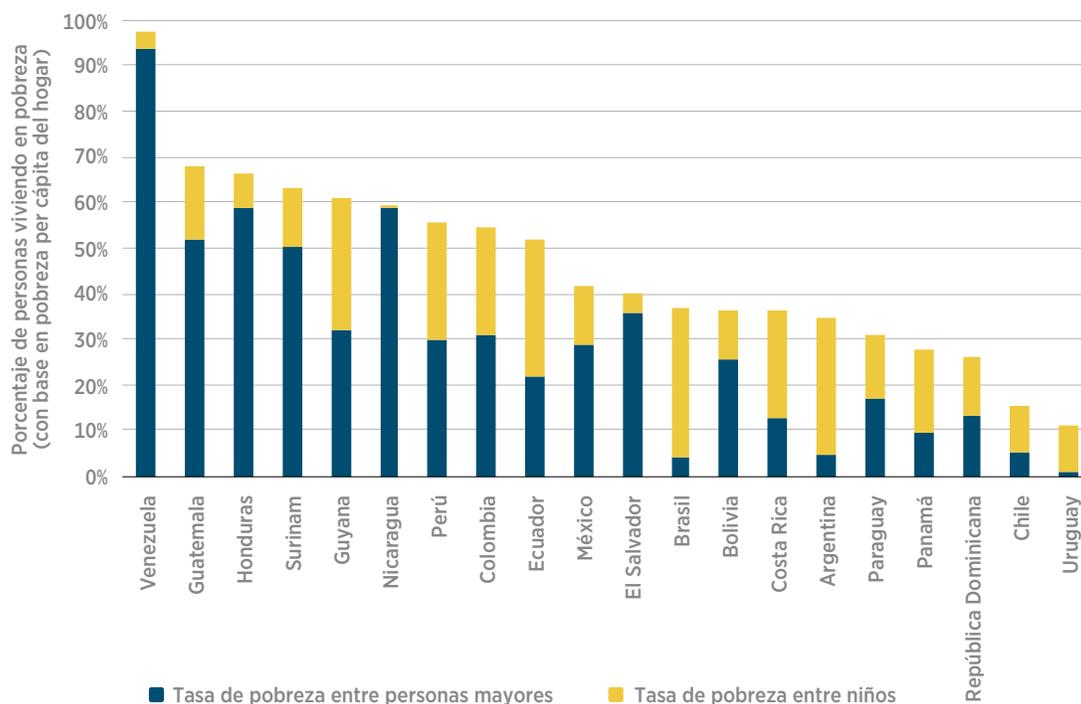


Para contener el aumento del gasto en protección social, los países de América Latina y el Caribe podrían decidir reducir los beneficios de pensiones, ajustar la calidad de los servicios de salud o limitar el desarrollo de los sistemas de atención a la dependencia. Las proyecciones de gasto presentadas hasta ahora en esta sección presuponen que los países mantendrán constantes las prestaciones de jubilación (en relación con los salarios), adaptarán la atención médica a las tendencias tecnológicas y epidemiológicas, y ampliarán los servicios de atención a la dependencia. Puede que esto no ocurra. Por ejemplo, los países pueden reducir las tasas de reemplazo promedio de las pensiones contributivas del 55% al 24% para mantener el gasto en pensiones en el porcentaje actual del PIB. Sin embargo, estos ajustes pueden reducir la calidad de vida de las personas mayores y causar problemas sociales. Las tensiones entre la sostenibilidad fiscal y la social serán una fuerza central en la elaboración de políticas.

Además, todas las reformas deberán sopesar las compensaciones entre el bienestar y el gasto entre generaciones. En promedio, la tasa de pobreza entre los niños (0-17 años) es 17 puntos porcentuales más alta que entre las personas mayores (gráfico 4.8). En Argentina y Brasil, donde la pobreza entre las personas mayores ha sido casi erradicada, los niños todavía se enfrentan a tasas de pobreza superiores al 30%. El envejecimiento de la población puede crear presiones para reducir el gasto en los grupos más jóvenes, a pesar de sus mayores tasas de pobreza, para aumentar el gasto en protección social para las personas mayores. Según nuestros cálculos, el gasto en salud per cápita es 4,2 veces mayor en el caso de los mayores de 65 años que en el caso de los menores de 65 años. Se prevé que esta proporción aumente a 5,2 en el 2050. Sin reformas, los sistemas de pensiones van camino a absorber una parte creciente del gasto público para financiar las prestaciones de los trabajadores con mayores ingresos, dejando poco espacio para el gasto en los grupos más jóvenes (Izquierdo et al., 2018).



GRÁFICO 4.8 TASA DE POBREZA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS Y EN MENORES DE 18 AÑOS (%), 2019



Fuente: Elaboración propia con base en información de las Encuestas de Hogares Armonizadas del Banco Interamericano de Desarrollo.



ENVEJECER

EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES




AMOR PERFECTO
el café de los amantes

Producido por AMOR PERFECTO
No. 20C-70 - Bogotá, D.C. - Colombia
PBX: (571) 248 5798
www.amorperfectocafe.net



5

Las sociedades en proceso de envejecimiento de América Latina y el Caribe necesitan amplias reformas de protección social

A pesar de los avances, todos los países de la región presentan vacíos en sus sistemas de protección social para las personas mayores. El análisis de la sección 3 muestra que, mientras algunos países deben mejorar la cobertura y la calidad en las tres áreas, otros deben centrarse principalmente en la calidad de las prestaciones que brindan, dado que han alcanzado altos niveles de cobertura, sobre todo en el área de pensiones y salud (por ejemplo, Uruguay). Debido al envejecimiento acelerado de la población, todos los países necesitan reformas de protección social.

La situación de las pensiones es extremadamente heterogénea. Por un lado, se encuentran los países como Bolivia, que ofrecen una cobertura casi universal con prestaciones relativamente bajas. Por otro, se encuentran Paraguay y El Salvador, que brindan prestaciones de pensiones de alta calidad a una pequeña parte de la población. Otros países como Argentina, Brasil, y Uruguay han logrado una cobertura casi universal con prestaciones suficientes, pero con un gasto fiscal que se eleva rápidamente.

En el caso de los servicios de salud, la calidad sigue siendo un reto en casi todos los países de la región, y a pesar de que la cobertura formal es casi universal en muchos países, la cobertura efectiva se dificulta por barreras de acceso como los costos económicos, la distancia a los centros, la falta de recursos humanos y físicos, y factores culturales.

La atención a la dependencia es el ámbito más incipiente de la protección social, tanto en cobertura como en calidad. Gran parte de las personas mayores con dependencia funcional se apoya en sus redes familiares para recibir la ayuda que necesitan. Incluso los servicios de cuidados públicos, en los países que los tienen, por lo general se limitan a la población vulnerable socioeconómicamente. Además, los países de la región tienen mucho trabajo por delante en el ámbito de la definición y el seguimiento de las normas de calidad.

Los países tendrán que afrontar estos retos en sus sistemas de protección social en medio de las presiones fiscales creadas por una transición demográfica acelerada. La mayoría de los países ten-



drán que aumentar la cobertura y mejorar la calidad, incluso cuando el número creciente de personas mayores impulsa una mayor demanda de gasto en pensiones, salud, y atención a la dependencia.

En las siguientes secciones se revisan, en primer lugar, las reformas que involucran a las tres áreas de protección social, y en segundo lugar, las reformas para aumentar la cobertura y la calidad en cada área específica de la protección social. En el cuadro 5.1 se presenta un resumen de las reformas sugeridas.

CUADRO 5.1 PRINCIPIOS NORMATIVOS CLAVE DE LA REFORMA

	Pensiones	Sistemas de salud	Atención a la dependencia
Reformas sistémicas	Gobernanza para la calidad		
	Diseño conjunto de las prestaciones		
	Desvinculación parcial de las prestaciones respecto al empleo formal		
	Coordinación de los servicios de salud y atención a la dependencia		
	Desarrollo de las instituciones para que informen y orienten las políticas para una población que envejece		
Inclusión de consideraciones de género que cierran las brechas de cobertura y calidad			
Principales reformas por sector	Redefinición de los objetivos y parámetros de las pensiones	Mejora de la equidad financiera	Desarrollo del marco jurídico y financiero
	En algunos casos, aumento de las pensiones no contributivas e integración de los sistemas	Reorganización de los sistemas para abordar el nuevo perfil epidemiológico	Establecimiento de criterios de elegibilidad, incluyendo mecanismos de evaluación de la dependencia funcional
	Promoción del empleo formal	Adopción de un enfoque centrado en la persona y la comunidad	Definición de la combinación de servicios
	Promoción del ahorro voluntario	Fortalecimiento de la atención primaria	Establecimiento y supervisión de normas de calidad
	Medidas para reducir las discrepancias de género en la cobertura y suficiencia de las pensiones	Fortalecimiento de la educación, la prevención, y la promoción de la salud	Desarrollo de recursos humanos calificados
		Tratamiento de las diferencias de género	Promoción de servicios preventivos de la dependencia
	Fortalecimiento de los recursos humanos (en número y competencias)	Promoción de las iniciativas del sector privado	
		Tratamiento de las diferencias de género, mejorando las condiciones de trabajo, proporcionando servicios de respiro, fomentando la división de responsabilidades entre géneros	

Fuente: Elaboración propia.



5.1 Consideraciones generales para las tres áreas de protección social

Las reformas de protección social que tengan como objetivo mejorar el bienestar de las personas mayores deben enfocarse en la calidad. En general, el gasto privado en atención médica se ha mantenido alto en comparación con los países de la OCDE, a menudo debido a la baja calidad de los servicios públicos o financiados con fondos públicos (Kruk et al., 2018b). La mejora del bienestar de las personas mayores exigirá, por lo tanto, reformas que aumenten la calidad de los servicios por medio de inversiones sistémicas en las habilidades de los recursos humanos, la gestión integrada de la atención y una normativa eficaz.

Las reformas previstas deben tomar en cuenta las interacciones entre las pensiones, los servicios de salud, y los servicios de atención a la dependencia. Las políticas en los tres ámbitos de la protección social deben adoptar un enfoque holístico que tome en consideración las interacciones, sinergias, e intercambios entre los tres ámbitos. Las pensiones, los servicios de salud, y los servicios de atención a la dependencia se complementan y superponen entre sí en un esfuerzo por brindar un nivel mínimo de protección a las personas mayores. Las recomendaciones recientes emitidas por la Comisión de Seguridad Social de Uruguay establecen explícitamente la necesidad de considerar la reforma de las pensiones dentro de un contexto más amplio de cambios sociales y culturales impulsados por el envejecimiento de la población. Por consiguiente, sugieren coordinar e integrar las reformas en todos los ámbitos (CESS Uruguay, 2021). Otro ejemplo es la propuesta de reforma chilena del sistema de pensiones, en debate desde 2015, que incluye un "seguro de dependencia funcional" para las personas mayores de 65 años que se financia con el aumento de las aportaciones de los empleadores.⁴⁷ Este seguro es una forma eficaz de brindar cobertura a cualquier persona que con el tiempo requiera asistencia. La propuesta incluye subsidios para quienes no están cubiertos por el seguro.

En este contexto, se vuelve esencial que el gasto se realice de manera más eficiente. Los países pueden ganar en eficiencia al considerar reformas conjuntas que combinen elementos de las agendas de pensiones, salud, y atención a la dependencia. Deben implementar reformas que aumenten la cobertura y la calidad, tanto de los servicios de atención médica como de los servicios de atención a la dependencia para contener el gasto en pensiones y hacer que la protección social sea más sostenible en general. Por ejemplo, las reformas al sistema de pensiones que se enfocan en mejorar la sostenibilidad fiscal por medio de la reducción de los beneficios que reciben algunos grupos de la población tienen más probabilidades de ser aceptadas social y políticamente si están acompañadas de una mejor cobertura y mayor calidad de las prestaciones de salud y cuidados. Del mismo modo, las reformas que brinden a las personas mayores un mayor acceso a servicios de salud y cuidados de calidad pueden mitigar parte de la presión para aumentar las pensiones, al cubrir partidas que constituyen gran parte del gasto de las personas mayores. Invertir en un sistema sólido de atención a la dependencia también puede ayudar a contener los costos de la atención médica y, por lo tanto, a reducir las restricciones presupuestarias generales.

47. Véase: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/autoridades-explican-alcances-del-nuevo-subsidio-y-seguro-de-dependencia-contenidos-en-la-reforma-a-las-pensiones/>



Dado el nivel de trabajo informal en la región, el acceso a algunos servicios y prestaciones debe desvincularse (total o parcialmente) del trabajo formal. Algunos de los riesgos que aspiran a cubrir los sistemas de protección social no están vinculados a la situación laboral, por lo que el acceso a sus prestaciones tampoco debería estarlo. Tal vez el ejemplo más claro es la atención médica: el riesgo de enfermarse no está relacionado con la situación laboral. Históricamente, los sistemas de salud europeos empezaron como una prestación vinculada al empleo, y la mayoría de los países europeos siguen teniendo un seguro médico basado en un impuesto sobre la nómina (Alemania, Francia, Países Bajos y Suiza, entre otros). Sin embargo, han reducido gradualmente su dependencia de los impuestos sobre las nóminas, y las rentas generales se han convertido en la fuente más importante de financiamiento de la atención médica. En la actualidad, Europa cuenta con sistemas que garantizan el acceso a los servicios de salud independientemente de la situación laboral. Por el contrario, para tener acceso a una atención médica de alta calidad en la región, por lo general, las personas deben, o bien pertenecer al mercado formal de trabajo ellos mismos, o contar con un familiar que contribuya al sistema. Los esfuerzos para desvincular el acceso a la salud de la situación laboral en los países de América Latina y el Caribe han demostrado ser más difíciles que en Europa debido a la existencia de un alto grado de informalidad laboral y, en algunos casos, de evasión fiscal. Por consiguiente, los países que han logrado combinar con mayor éxito sus poblaciones contribuyentes y no contribuyentes en un único sistema nacional de salud –como Colombia, Costa Rica, y Uruguay– han tenido que aumentar el financiamiento público proveniente de rentas generales y encontrar formas de operar con más eficiencia para contener los costos. La otra vía hacia la cobertura de atención médica universal donde el acceso no está vinculado a la situación laboral se basa en la provisión pública. Este es el enfoque de los servicios nacionales de salud en los países caribeños de habla inglesa, aunque estos sistemas también requieren un gasto público considerable y mejoras en la eficiencia.

El financiamiento de los sistemas de pensiones podría depender más de los impuestos generales, sin embargo, algunas funciones del sistema de pensiones deben seguir basándose en el empleo o en los ingresos recurrentes. Según lo descrito en este informe, la región ha avanzado considerablemente en la reducción de la pobreza por medio de la ampliación de las bases no contributivas, que en esencia desvinculan las prestaciones de pensiones de la situación laboral. Esta seguirá siendo la vía más directa para reducir los vacíos de cobertura. Sin embargo, es necesario el ahorro o las aportaciones constantes para alcanzar niveles de pensiones que puedan suavizar los cambios en los niveles de consumo de las personas mayores. Los países necesitarán políticas que garanticen aportaciones continuas, ya sean obligatorias o voluntarias, a lo largo de la vida activa de los trabajadores (véase la sección 5.2).

Al elegir un mecanismo de financiación para los servicios de atención a la dependencia, los países deben equilibrar los objetivos de cobertura universal y sostenibilidad financiera. Aunque algunos países de renta alta han optado por financiar la atención a la dependencia mediante el mismo mecanismo que los servicios de salud, esta no es necesariamente la mejor opción en América Latina y el Caribe. Por ejemplo, aunque los conceptos de cobertura universal y gratuidad al momento de recibir el servicio están ampliamente aceptados en el caso de los servicios de salud, esto no siempre es así en el caso de la atención a la dependencia, por lo que la mayoría de los países podrían considerar la inclusión de copagos (véase un análisis más detallado en el recuadro 5.1).



Las reformas de los sistemas de salud y de atención a la dependencia deben coordinar los servicios prestados por ambos sectores, tanto para hacer más eficiente el gasto como para producir mejores resultados en la salud y la capacidad funcional de las personas mayores. Los datos demuestran que los sistemas de atención médica y de atención a la dependencia bien coordinados reducen los ingresos hospitalarios, las visitas a urgencias, y la duración promedio de las estancias hospitalarias. Un enfoque bien coordinado también acelera el proceso de referencia de las personas mayores a un nivel de atención diferente cuando es necesario.

Las reformas en cada ámbito deben tomar en cuenta la perspectiva de género. A pesar de los recientes avances, la calidad de vida de las mujeres mayores se queda por detrás de la de sus pares masculinos. El cierre de las brechas de género debe ser un principio rector de las reformas en todos los ámbitos de la protección social.

Independientemente del diseño y la madurez de su sistema de protección social, los países deben crear instituciones para adaptar mejor sus sistemas de pensiones, salud, y atención a la dependencia a los cambios demográficos. Las reformas a los sistemas de protección social son política y socialmente complejas. Una de las formas en la que los países con población más envejecida han logrado adaptarse es por medio de la creación de instituciones que guían los sistemas de protección social a medida que cambian las tendencias económicas, demográficas, o tecnológicas.

Por ejemplo, algunos países implementan mecanismos de autocorrección para contrarrestar los desequilibrios de sus sistemas de pensiones. Este tipo de mecanismos se han denominado genéricamente factores de sostenibilidad o reglas de ajuste. En ocasiones, los factores de sostenibilidad no corrigen necesariamente los desequilibrios por sí mismos, sino que atraen la atención hacia ellos y los modifican con el tiempo por medio de la legislación, antes de que sea demasiado tarde (Bosch et al., 2020). Sin embargo, estas instituciones no siempre funcionan; los ajustes impulsados por factores de sostenibilidad pueden no ser socialmente aceptables. Por ejemplo, en España, los dos mecanismos de ajuste introducidos en el 2013 para hacer que los sistemas de pensiones fueran fiscalmente sostenibles (el factor de sostenibilidad y la norma de revalorización de pensiones) se han suspendido porque las normas carecían de aceptación política y social (Arce, 2020).

En el sector de la salud, los países han emprendido periódicamente revisiones nacionales que toman en cuenta el envejecimiento de la población; o incluso revisiones multinacionales como la reciente Comisión Paneuropea sobre Salud y Desarrollo Sostenible. Los países también han creado instituciones para controlar el costo y la calidad de la atención médica con el fin de orientar las políticas públicas. Algunos ejemplos destacados son las instituciones de evaluación de tecnologías de la salud como el *National Institute for Health and Care Excellence* del Reino Unido y el *Health Intervention and Technology Assessment Program* de Tailandia. Estas instituciones llevan a cabo análisis de la idoneidad (y rentabilidad) de la adopción de nuevos medicamentos y tecnologías médicas para conformar las políticas.





5.2 Principios rectores de las reformas de los sistemas de pensiones

Brindar principios rectores de las reformas de los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe es un reto dada la variedad de sistemas y la situación actual de su cobertura, la suficiencia y la sostenibilidad fiscal. Sin embargo, algunas acciones clave son, en general, suficientes para brindar orientación y subrayar en qué lugares se necesitan cambios.

Un elemento esencial es que todos los países redefinan los objetivos de sus sistemas de pensiones para establecer nuevos parámetros y hacer que dichos sistemas sean más equitativos. Esta reforma debería tomar en cuenta las políticas complementarias existentes en los ámbitos de atención médica y atención a la dependencia. En la sección 3 se mostró cómo algunos sistemas de pensiones están diseñados para ser generosos, mientras que otros ofrecerán prestaciones insuficientes bajo los parámetros y tendencias demográficas actuales. Sin embargo, en la región se debate poco sobre lo que es una prestación adecuada. Una de las principales recomendaciones políticas de este informe es hacer que los objetivos del sistema de pensiones sean explícitos. Una forma de hacerlo es establecer un nivel de pensión meta. Este nivel debe determinarse en función de las condiciones actuales del sistema de pensiones y de la situación de las políticas complementarias que son fundamentales para la cobertura y la calidad de la atención médica y de cuidados. Este ejercicio ayudará a los países a definir los parámetros clave de las pensiones y a determinar el monto de financiación necesario. También subrayará las desigualdades en los sistemas de pensiones y eliminará o modificará los elementos clave del diseño que contribuyen a las desigualdades (como los largos periodos de aportaciones para obtener una pensión o las fórmulas de pensiones que benefician desproporcionadamente a los trabajadores de altos ingresos).

Para mejorar la cobertura de las pensiones, sobre todo en un futuro cercano, algunos países requieren ampliar los programas no contributivos. Asimismo, las prestaciones contributivas y no contributivas podrían estar mejor integradas en la mayoría de los países. Hay características clave de diseño que deberían incorporarse a los sistemas no contributivos nuevos y existentes. Los programas no contributivos deben integrarse adecuadamente a los sistemas de pensiones contributivos para brindar una cobertura adecuada y evitar desincentivar el empleo formal o el ahorro. La norma de oro para el diseño de las bases no contributivas y solidarias de los sistemas de pensiones es una prestación universal o semiuniversal subsidiada contra la pobreza que disminuya progresivamente a medida que los ciudadanos acumulan ahorros o aportaciones. Este diseño equilibra la necesidad de una amplia cobertura, la progresividad y la alineación de los incentivos. Los programas universales no contributivos, que se financian con ingresos generales y proporcionan prestaciones a todos los trabajadores, independientemente de su situación laboral (por ejemplo, la pensión universal en Bolivia), no alteran la decisión de los trabajadores de aportar. Por otro lado, los programas que otorgan prestaciones solo si un trabajador es informal o no alcanza la jubilación en el sistema contributivo pueden incentivar el empleo informal (Bosch et al., 2013).

Para mejorar en el largo plazo los sistemas de pensiones, los países de la región deben ampliar el mandato de la seguridad social más allá de los trabajadores asalariados –incluidos los autónomos, los trabajadores domésticos y el creciente grupo de trabajadores de la economía gig– y crear más empleos formales. Aunque algunas prestaciones de las pensiones deberían desvincularse de la situación



laboral, se necesitarán más aportaciones y recursos financieros para proporcionar pensiones adecuadas a la población. Para ampliar el seguro social más allá de los empleos asalariados con alta remuneración y cubrir el trabajo atípico (personas que trabajan por cuenta propia, así como los trabajadores a comisión, por contrato, de la *economía gig* y domésticos), la afiliación al seguro social debe tener como objetivo proteger todas las formas de empleo (Bosch et al., 2013). En muchos países, los trabajadores de profesiones no convencionales no están obligados a aportar al seguro social. Esto crea incentivos para que los empresarios contraten a trabajadores de estas categorías porque les ahorra el costo del seguro social (Levy, 2008). Alaimo et al. (2019) indican que, aunque las regulaciones deben reconocer las diferencias entre el trabajo no convencional (incluida la *economía gig*) y el trabajo tradicional, deben minimizar la posibilidad de arbitraje entre estas categorías en la medida de lo posible. En Brasil y Uruguay ya se han regulado y clasificado a estos trabajadores como autónomos, y en ambos países los trabajadores autónomos deben hacer aportaciones al seguro social, aunque en regímenes contributivos especiales.

Para aumentar la cobertura, los países deben hacer cumplir mejor la normativa sobre pensiones y empleo formal. Ampliar el mandato del seguro social a todos los trabajadores es un primer paso para crear más empleos formales y protegidos. Sin embargo, sin una imposición estricta, será difícil lograr una cobertura casi universal contra riesgos. Hay pruebas contundentes de que una mejor aplicación aumentará la participación de los trabajadores y las empresas en el seguro social. La aplicación de la ley puede ser especialmente eficaz en el caso de grandes empresas que emplean a trabajadores informales (Bosch et al., 2020). Sin embargo, el intentar endurecer los castigos al empleo informal puede tener como consecuencia más empleo formal, pero también podría producir más desempleo (Almeida y Carneiro, 2012; Amengual et al., 2017; Kanbur y Ronconi, 2016). Para minimizar esta desventaja, los países pueden combinar una mayor supervisión con otras medidas a favor de la formalización. Además, la aplicación de la legislación del empleo formal presenta el potencial de aumentar considerablemente los ingresos. Si todos los trabajadores de la región que ganan más del salario mínimo pudieran convertirse en empleados formales, las aportaciones al seguro social aumentarían en un 0,9% del PIB. El porcentaje exacto de cada país varía en función de los índices de trabajo informal, el cumplimiento del salario mínimo y las tasas de aportación.

Los países tienen la opción de crear planes modernos de ahorro voluntario para aumentar la cobertura y los niveles de las pensiones por medio de la aplicación de conceptos de la economía conductual y haciendo uso de las nuevas tecnologías de la información. La economía conductual ofrece estrategias innovadoras para aumentar la cobertura para trabajadores autónomos y las aportaciones voluntarias. Una gran parte de los trabajadores (autónomos, comisionistas, trabajadores no remunerados en empresas familiares, trabajadores domésticos y de la economía de plataformas digitales) no tienen una relación laboral que les permita hacer aportaciones automáticas al seguro social. La economía conductual indica que la ausencia de mecanismos de aportación automática –como los que existen para los trabajadores asalariados– puede ser una de las principales causas de la baja cobertura y la falta de ahorro para la pensión en estos grupos (Choi et al., 2004; Madrian y Shea, 2001). En los países desarrollados, los mecanismos de depósito automático han demostrado ser mucho más eficaces para fomentar el ahorro previsional voluntario que los incentivos fiscales, que escasamente generan nuevos ahorros (Carroll et al., 2009; Chetty et al., 2014; Benartzi et al., 2017). Los países deben innovar para automatizar los pagos al sistema del seguro social por parte de estos grupos (por ejemplo, a través del débito directo, declaraciones de impuestos o con recibos de agua o electricidad). El Laboratorio de Ahorro para el Retiro del BID ha encontrado evidencia de que las plataformas digitales ofrecen una gran oportunidad para



implementar los débitos automáticos para el ahorro. En Perú, se invitó a los conductores de la aplicación de transporte Cabify a ahorrar voluntariamente parte de sus ingresos, y el 18% de ellos se incorporó a un sistema de débito automático (Bernal et al., 2021). Cuando los mecanismos automatizados de este tipo no son factibles, se pueden utilizar otros instrumentos, como los métodos de aportación simplificados o los recordatorios de texto por SMS. Los datos demuestran que estos incentivos son fáciles de ampliar y pueden ser una forma muy rentable de aumentar el ahorro voluntario para el retiro. Sin embargo, tienen un impacto menor en el ahorro que los depósitos automáticos (Karlan et al., 2010). En Colombia, los trabajadores autónomos de bajos ingresos recibieron mensajes de texto que les invitaban a ahorrar. Tras 15 meses de recibir mensajes de texto, los trabajadores aumentaron sus ahorros en 15,87 USD por cada dólar invertido en mensajes de texto (Azua et al., 2021).

El cierre de las brechas de género en la cobertura y la suficiencia de las pensiones debe ser un principio rector de las reformas. Las discrepancias de género en el índice de calidad de vida se deben a una importante diferencia entre el porcentaje de hombres y mujeres que reciben pensiones durante la vejez. Una medida política para cerrar esta brecha es ampliar las pensiones no contributivas en los países en los que las mujeres están rezagadas. Suelen ser países donde la cobertura general es baja. Sin embargo, las soluciones a largo plazo deben centrarse en cómo aumentar la creación de empleos formales para las mujeres, incluidas políticas que promuevan acuerdos laborales flexibles tanto para hombres como para mujeres, normativas laborales que fomenten una mayor paridad entre los permisos de maternidad y paternidad, e inversiones para promover políticas de atención infantil y de atención a la dependencia para personas mayores que ayuden a fomentar el empleo de las mujeres.



5.3 Principios rectores de las reformas de los sistemas de salud

En la sección 3 se argumenta que muchos países han avanzado hacia la cobertura universal de la atención médica y han mejorado el acceso de las personas mayores, pero la calidad de los servicios sigue siendo deficiente y desigual. Por lo tanto, para atender las necesidades de salud de las personas mayores es necesario actuar en diferentes niveles, incluida la financiación equitativa, una transformación de la gestión de los servicios de atención médica y programas centrados en las necesidades específicas de las personas mayores.

Los países necesitan sistemas de salud financieramente equitativos, es decir, que la gente pueda recibir servicios sin grandes gastos de bolsillos. A pesar de que ningún sistema de atención médica ha logrado la equidad, diferentes países han logrado avances. Por ejemplo, Colombia y Costa Rica han reducido el gasto de bolsillo al 15% y al 22% del gasto total en salud, respectivamente. Estas cifras son comparables con los niveles de Europa Occidental.

Los países necesitan servicios de salud organizados para prestar la atención necesaria a las personas adecuadas en el momento oportuno, con modelos que aborden todo el rango de problemas de salud de la población. Estos sistemas pueden mejorar la calidad de vida de las personas mayores al promover una vida sana a todas las edades, prevenir los problemas de salud, detectar y tratar las enfermedades crónicas cuando surgen y proporcionar un tratamiento oportuno para las enfermedades evitables y curables.

Los servicios de salud deben abordar el perfil epidemiológico de la población actual. La mayoría de los sistemas de atención médica de la región se desarrollaron en torno a la atención curativa. Más tarde, avanzaron en materia de enfermedades infecciosas y salud materno-infantil. Sin embargo, ha sido difícil reorientar los sistemas hacia las enfermedades más importantes de hoy en día y las necesidades de las poblaciones cada vez más mayores. Para llevar a cabo esta transformación, los sistemas tendrán que centrarse más en la promoción de la salud y el tratamiento de enfermedades crónicas y asignar recursos a las enfermedades y debilidades que padecen las personas mayores. También se requiere la contratación y la formación de profesionales de la salud para que adquieran las habilidades técnicas, comunicativas y sociales necesarias para atender a las personas mayores.

El principio rector para mejorar la salud y la atención médica de las personas mayores es adoptar un enfoque centrado en la persona y la comunidad que subraye la atención primaria y sus vínculos con otros niveles de atención médica y servicios sociales (OMS, 2015). El modelo de atención médica actual, en el que un único profesional de la salud trata a un solo paciente, no puede abordar de manera adecuada las necesidades de atención médica de las personas con cánceres, trastornos mentales, hipertensión, diabetes o, a menudo, una combinación de varias enfermedades. En contraste, los equipos de profesionales de la salud deben comprometerse con la comunidad para que la promoción de la salud, la prevención, la detección sistemática y el tratamiento de enfermedades cuenten con el tiempo y los recursos adecuados. Además, las instituciones de atención médica deben reorganizarse para atender de manera eficaz a la población por medio de una mejor comunicación y coordinación de la atención. La



pandemia de COVID-19 también ha revelado la importancia de financiar adecuadamente las funciones de salud pública para detectar y controlar las enfermedades infecciosas más mortales y debilitantes para las personas mayores.

Una atención primaria sólida es la piedra angular de sistemas de salud accesibles, de alta calidad y equitativos. Los programas con un enfoque importante en la atención primaria en Estados Unidos, Europa y América Latina se han asociado con muchos resultados positivos en materia de salud, como menos hospitalizaciones evitables y más esperanza de vida (Barkley et al., 2016; Bastos et al., 2017; Pesec et al., 2017; Valentijn et al., 2013). Las disparidades en la mortalidad entre los grupos de ingresos y raciales también tienden a ser menores en los lugares en los que los servicios de atención médica primaria están más ampliamente disponibles (Hone et al., 2017).

Los países de América Latina y el Caribe han empezado a incorporar la atención primaria a la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas (Atun et al., 2015). La característica común de este enfoque es la organización de equipos interdisciplinarios para vigilar la salud de la comunidad y llegar de forma proactiva a las personas que podrían beneficiarse de la atención médica, entre otros esfuerzos. Hasta hace poco, gran parte de este trabajo comunitario de nivel primario se centraba en la salud materno-infantil, sin embargo, cada vez son más los países que incorporan servicios para las personas mayores.⁴⁸ Algunas de estas iniciativas implican promover la movilidad física y la educación para la salud, crear equipos interprofesionales especializados en la atención de una población definida de personas mayores, aumentar el número de geriatras y desarrollar plataformas digitales de salud para poner en contacto al personal médico con los centros de atención residencial de larga duración (Ministerio de Salud Chile, 2021; Ministerio de Salud Costa Rica, 2018; Ministerio de la Mujer, Familia y Derechos Humanos Brasil, 2021).

Una buena atención primaria también puede ser rentable. Los estudios muestran que los sistemas con una atención primaria sólida pueden obtener mejores resultados de salud en las personas con enfermedades crónicas y aumentar los servicios de atención médica preventiva (Almeida et al., 2018, Kaselitz et al., 2017). En los lugares en los que la atención primaria es de buena calidad, las personas tienen menos probabilidades de experimentar dificultades financieras relacionadas con la salud, como se demostró en un estudio que incluyó a Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá (Macinko et al., 2019).

Motivar y enseñar a las personas a atender su propia salud también forma parte de una estrategia de salud eficaz. Por medio del control autónomo de las enfermedades crónicas, las personas mayores pueden mejorar su capacidad funcional y su bienestar. De hecho, los programas que fomentan el control autónomo han demostrado que la salud y el bienestar de las personas mayores aumentan cuando confían en su capacidad para vivir bien, incluso con enfermedades crónicas (Morsch et al., 2021). Un programa de control autónomo de enfermedades crónicas en México, por ejemplo, produjo mejoras en las conductas relacionadas con la salud (como la actividad física), los desenlaces clínicos (por ejemplo, la asistencia a las citas médicas), y las conductas generales de control autónomo (como la adherencia al tratamiento, el conocimiento de la enfermedad) (Córdova et al., 2017).

48. Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) de Costa Rica.



Las inversiones en prevención pueden tener un gran impacto positivo en la salud, incluso en poblaciones de edad avanzada. Los cambios de comportamiento en las últimas etapas de la vida pueden seguir siendo beneficiosos para la salud. Por ejemplo, al aumentar la actividad física las personas mayores pueden retrasar el desarrollo de la osteoporosis, mejorar su capacidad funcional y mejorar sus niveles cognitivos (McMillan et al., 2017; Taylor, 2014). Los datos de Colombia también demuestran que las estrategias para reducir la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular (como el sedentarismo) están relacionadas con la mejora de la salud (Gómez et al., 2021). Incluso la suspensión del consumo de tabaco a partir de los 64 años puede tener como resultado a una vida más larga (Jha et al., 2013).

Muchos países de la región ya reconocen el importante papel que desempeña la promoción de la salud para garantizar un envejecimiento saludable. Por ejemplo, Chile y Uruguay han aprobado leyes de etiquetado para advertir a los consumidores sobre el contenido de sal, grasa y azúcar de los alimentos procesados (BID, 2021a; Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial, 2018). En Uruguay, los gobiernos locales han creado gimnasios gratuitos al aire libre para todos los ciudadanos (Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial, 2018). Varios países también han introducido impuestos al tabaco y han adoptado muchas de las políticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para reducir el consumo de tabaco (OMS, 2021b). Otro ejemplo es el de México, que ha añadido un impuesto a los refrescos para reducir el consumo de azúcar (Sánchez-Romero et al., 2020).

La promoción de la salud de las personas mayores es multidimensional e incluye un sentido de pertenencia social. Las políticas que abordan los servicios comunitarios, del medio ambiente, la vivienda y las actividades sociales, culturales y productivas pueden dar a las personas mayores un lugar y un papel en la sociedad, lo que puede ser un elemento clave para el envejecimiento saludable. Sin embargo, el logro de este objetivo requiere la coordinación de muchos sectores, como el de la atención médica, la educación, la asistencia social, las pensiones y otros implicados en la creación de condiciones amigables con la edad.

Es esencial reconocer las diferencias de género y abordarlas adecuadamente. Aunque los sistemas de atención médica tienden a estar sesgados en contra de las necesidades de atención médica de las mujeres, también han atendido mal las necesidades de atención médica de los hombres (Chrisler et al., 2016; FitzGerald y Hurst, 2017; Kruk et al., 2018a). Los hombres y las mujeres tienden a llegar a la vejez con diferentes tipos de traumas pasados, formas de abuso de sustancias, problemas de salud mental y debilidades físicas. Se diferencian en la forma de relacionarse con los amigos y la familia, en su nivel de conexión social y en su apertura al autocuidado. Será imposible mejorar la atención médica de las personas mayores sin reconocer estas diferencias y formar a los gestores y trabajadores del ámbito de la salud para que reconozcan y mitiguen sus propios sesgos (Marcelin et al., 2019).

La reorientación de los sistemas de atención médica cambiará la forma de contratar, formar y desplegar los recursos humanos. Los servicios integrados de atención médica que abordan los problemas de salud actuales requieren un mayor número de personal con formación profesional, con mayor énfasis en la atención primaria y más capacidad de comunicación y trabajo en equipo, independientemente del grupo de edad al que atiendan. Sin embargo, como se analizó en la sección 3.2, los países de la región no cuentan, en general, con suficientes profesionales de la salud o con el tipo de profesionales adecuado para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Tendrán que formar y hacer uso de profesionales capaces de comprender los aspectos físicos, mentales, culturales, sociales y familiares del enveje-



cimiento. Además, deben ser capaces de evaluar las condiciones físicas, psicológicas y nutricionales y tratar los problemas de salud específicos de la edad (por ejemplo, fragilidad, sarcopenia, osteoporosis, osteoartritis). Sin embargo, la identificación rápida de los problemas solo es útil si también hay un seguimiento por parte de profesionales que puedan coordinar la atención de enfermedades complejas y trastornos mentales como la depresión, la demencia, las adicciones, el abandono y los abusos. Por último, el personal de asistencia social y de salud debe tener habilidades de comunicación congruentes con los valores y la cultura de las personas mayores y trabajar bien con los servicios sociales y de atención médica complementarios (OMS, 2015).

Es probable que una mejor atención médica sea más sostenible desde el punto de vista financiero. Como se explica en la sección 4, se prevé que el gasto en atención médica aumente debido a una combinación de factores económicos, tecnológicos, demográficos y epidemiológicos. En la mayoría de los países, para avanzar hacia una atención médica universal sin enormes aumentos del gasto en salud, será necesario combinar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y las políticas de contención de los costos económicos y tecnológicos.

El éxito de las reformas del sector de la salud beneficiará a las personas mayores, sin embargo, los países también necesitan políticas específicas. Aunque la mejora del acceso, la equidad y la calidad de la atención médica beneficiará a todos los habitantes de la región, las necesidades epidemiológicas y sociales de las personas mayores aún requieren atención especial. En particular, los países tendrán que reorientar los sistemas de atención médica hacia la promoción de la salud, la participación de la comunidad, la atención primaria, la integración con otros niveles de atención y la coordinación con otros tipos de servicios sociales que atienden a personas mayores. Las reformas del sector de la salud que logren esta transformación van a proporcionar una mejor atención y a un costo más razonable que las que sigan con los métodos menos eficaces del pasado.



5.4 Principios rectores de las reformas de los sistemas de atención a la dependencia

Un reto creciente que atrae cada vez más la atención en la región es la promoción de la capacidad funcional de las personas mayores por medio de servicios preventivos y de atención a la dependencia. Debido a las normas sociales y de género, tradicionalmente, las mujeres de la familia se han encargado de brindar la mayoría de los cuidados a las personas mayores. En el 2020, la pandemia de COVID-19 incrementó aún más las obligaciones de cuidado de las mujeres y resaltó la insuficiencia y fragilidad de los servicios de atención a la dependencia en todo el mundo. América Latina y el Caribe no fue la excepción.

En la sección 3 se explicó por qué todos los países de la región deben ampliar tanto la cobertura como la calidad de sus servicios de atención a la dependencia. Múltiples partes interesadas apoyan esta agenda, incluidos los ministerios de desarrollo social, los ministerios de la mujer, las organizaciones para la igualdad de género, y las organizaciones de personas mayores. El sector privado también muestra un creciente interés en el desarrollo de servicios de atención a la dependencia y en las oportunidades de negocio de la economía del cuidado. La experiencia de los países más avanzados en la transición demográfica demuestra que es necesario diseñar, implementar, y ampliar los sistemas de atención a la dependencia de manera gradual.

Aunque existen servicios de atención a la dependencia en la región, muchos países aún tienen que diseñar e implementar un marco institucional para organizarlos e integrarlos en un sistema coordinado. Por lo general, una ley de cuidados establece las instituciones encargadas de diseñar, implementar, y evaluar las políticas del sector; por medio de la promulgación de reglamentos; el establecimiento de criterios de elegibilidad para los servicios financiados o subsidiados públicamente; y el establecimiento y supervisión de criterios de calidad. Los mecanismos de financiamiento también pueden definirse en la ley de cuidados (véase un análisis de las alternativas en el recuadro 5.1). La creación del marco institucional y financiero es un proceso iterativo en el que participan múltiples partes interesadas de los gobiernos centrales y locales (que por lo general desempeñan un papel importante en la prestación de servicios), así como del sector privado y la sociedad civil.



RECUADRO 5.1 OPCIONES DE FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Los seguros sociales y los impuestos generales son las principales fuentes de financiamiento de los sistemas de atención a la dependencia. Estas fuentes se complementan con el gasto de bolsillo y los seguros privados.

En un modelo de financiamiento por seguro social, los ciudadanos hacen contribuciones obligatorias, generalmente a través de los impuestos sobre la nómina. Los fondos se destinan exclusivamente a financiar los servicios de atención a la dependencia y solo reciben prestaciones las personas dependientes. Algunos países que utilizan este esquema de financiamiento (por ejemplo, Alemania, Corea del Sur, y los Países Bajos) se basan en el mismo método para financiar sus sistemas de atención médica (OCDE, 2013). Este método por lo general se complementa con ingresos fiscales generales para financiar servicios para las personas que no han contribuido al sistema. Alemania introdujo un impuesto sobre la nómina en los años noventa para financiar un plan de seguro social para la atención a la dependencia. La tasa del impuesto ha aumentado gradualmente del 1% al 2,55% actual. Desde el 2004, los pensionistas también están obligados a hacer aportaciones, y las personas sin hijos contribuyen con un porcentaje mayor de su salario (2,85%) (Colombo et al., 2011; Ministerio Federal de Sanidad de Alemania, 2017). En Corea del Sur, que puso en marcha su sistema en el 2008, los ciudadanos debían contribuir inicialmente con el 0,21% de su salario, pero el porcentaje ha aumentado hasta el 0,55% en 2019 (Instituto Nacional de Seguro Social de Korea, 2019).

Un modelo de financiamiento basado en un sistema tributario general no requiere un fondo específico para la atención a la dependencia y tiene una base tributaria más amplia. Sin embargo, no tener un fondo específico puede significar que los recursos disponibles para el sistema son menos predecibles o están propensos a cambios en las prioridades del gobierno. Los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Noruega, y Suecia) son ejemplos clásicos de financiación basada en un sistema tributario general.

Para complementar la financiación, la mayoría de los sistemas dependen de los pagos de bolsillo de los usuarios y sus familias. En algunos casos, los beneficiarios de los servicios pagan en proporción a sus ingresos o su patrimonio, como en Francia, donde las personas que reciben la asignación personalizada de autonomía (*allocation personnalisée d'autonomie*) para contratar servicios de asistencia domiciliaria deben pagar un porcentaje del costo total de su plan de atención, salvo que ganen menos de 800 EUR al mes. Este porcentaje puede llegar al 90% del plan para quienes ganan más de 2945 EUR al mes (valores del 2018) (Le Bihan, 2018). Corea del Sur exige que los beneficiarios cubran el 20% del costo de la atención residencial y el 15% del costo de la asistencia domiciliaria, a menos que vivan en la pobreza (Caruso Bloeck et al., 2017; Instituto Nacional de Seguro Social de Korea, 2019).

El seguro privado es otro mecanismo de financiamiento, aunque normalmente representa una parte muy pequeña del gasto total en atención a la dependencia. Supone menos del 2% del total en los países de la OCDE, excepto en Bélgica (10%) y Japón (4%) (Costa-i-Font, Courbage y Swartz, 2015).



Para implementar un sistema, los países deben definir y hacer uso de un instrumento para evaluar el nivel de dependencia funcional y de cuidados de las personas. Este es un elemento fundamental para determinar quiénes tienen derecho a los servicios financiados con fondos públicos. La herramienta de evaluación por lo general es un cuestionario que evalúa la capacidad de la persona para realizar de forma independiente una serie de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como sus capacidades cognitivas.⁴⁹ Esta información se utiliza para generar una puntuación que refleja el nivel de dependencia funcional y de cuidados. Los cuestionarios también reúnen información socioeconómica, que en algunos casos se utiliza para restringir la elegibilidad a las personas pobres o vulnerables (mediante una prueba de medios) o a las personas que no pueden contar con ninguna ayuda familiar (porque viven solas, por ejemplo). En Estados Unidos, por ejemplo, los servicios de cuidados se financian en parte a través de Medicaid, un programa público destinado exclusivamente a personas con bajos ingresos (Medellín et al., 2018). Muchos países utilizan información sobre los ingresos o el patrimonio para decidir el copago de los beneficiarios. Francia, por ejemplo, utiliza una escala móvil basada en los ingresos para calcular las transferencias. Las personas con ingresos elevados solo reciben el 10% de la prestación máxima posible para su nivel de dependencia.

Los países también deben seleccionar el tipo de servicios que se van a prestar a las personas con diferentes niveles de dependencia funcional. Los planes de atención por lo general ofrecen una combinación de atención residencial, asistencia domiciliaria, atención en centros diurnos, y teleasistencia. Los sistemas también pueden ofrecer servicios de respiro para cuidadores familiares. La atención residencial se recomienda para personas con un alto grado de dependencia, especialmente si necesitan atención constante y cuentan con apoyo familiar limitado. Por otro lado, los servicios de centro diurnos y de teleasistencia por lo general se utilizan para personas con un deterioro funcional leve y/o para complementar otros servicios. Cada país debe elegir los servicios que ofrece en función del perfil de la población que necesita atención, así como de factores culturales y consideraciones económicas. Sin embargo, existe un movimiento mundial hacia la provisión de servicios de asistencia domiciliaria, que satisfacen la preferencia generalizada de las personas por envejecer en su propio hogar y comunidad. Los países deben centrar sus esfuerzos en el desarrollo de una atención profesional de calidad en los domicilios de las personas.

Los países también deben decidir si prestan los servicios en especie o a través de transferencias de efectivo condicionadas a la implementación de un determinado plan de atención. Francia y Escocia adoptan este último enfoque, mientras que Corea del Sur y Japón ofrecen principalmente servicios en especie. La financiación por lo general excluye los servicios prestados por los familiares (por ejemplo, en Uruguay). En Francia, los familiares (a excepción de cónyuges o parejas) solo pueden prestar servicios asistenciales si cuentan con formación (Medellín et al., 2018).

Algunos países ofrecen transferencias monetarias incondicionales a las personas dependientes o a sus familias. Sin embargo, este mecanismo no permite la supervisión de la calidad y no fomenta la redistribución de las responsabilidades de cuidado entre géneros. Este tipo de prestación, implementada por ejemplo en España e Italia, reconoce la alta prevalencia de la asistencia familiar no remunerada,

49. Alemania, Corea del Sur y Japón adaptaron sus herramientas para medir la dependencia funcional para incorporar o reforzar las preguntas sobre el deterioro cognitivo (Medellín et al., 2018; Campbell et al., 2010; Jeon y Kwon, 2017).



permite a los beneficiarios gestionar los recursos libremente, y tiene menores costos administrativos. Sin embargo, no garantiza que las personas que necesitan cuidados los reciban, y perpetúa el papel tradicional de las mujeres como cuidadoras en las familias (Campbell et al., 2010). Por lo tanto, no se considera una buena práctica para la prestación de servicios de atención a la dependencia.

El papel de la asistencia familiar puede reconocerse a través de reformas laborales que faciliten permisos temporales o reducciones de la carga de trabajo, en lugar de hacerlo mediante transferencias incondicionales (Addati et al., 2022). Por ejemplo, en Alemania, los trabajadores que cuidan de una persona dependiente tienen derecho a seis meses de permiso remunerado o a un máximo de 24 meses de trabajo a tiempo parcial (Comisión Europea, 2017). Los créditos de pensiones y la legislación sobre flexibilidad laboral para compensar el tiempo dedicado al cuidado de los hijos son algo común (por ejemplo, en Chile y Uruguay). Aún no existen acuerdos similares para la atención a la dependencia de personas mayores, pero algunos países están empezando a considerarlos. Por ejemplo, en el 2019 se presentó en Colombia un proyecto de ley para subsidiar las aportaciones a la pensión y a la salud de las personas que cuidan a familiares mayores en situación de dependencia funcional. En Costa Rica, los trabajadores pueden pedir un permiso no remunerado para cuidar a familiares con enfermedades terminales.⁵⁰ Las instituciones laborales, de pensiones, de salud, y de cuidados deben coordinarse estrechamente para diseñar e implementar estas reformas políticas.

Otro hito en el proceso de construcción de un sistema de atención a la dependencia es la definición de normas de calidad y el control de su implementación. Estas normas incluyen especificaciones de infraestructura, ratios de personal, y requisitos mínimos de formación para obtener licencias y autorizaciones. El cumplimiento se controla por medio de inspecciones e informes, y por lo general se imponen sanciones por no cumplir con las normas (o recompensas por cumplir con ellas). Es más difícil regular la asistencia domiciliar que la atención residencial. En el País Vasco de España, la supervisión de la calidad de la asistencia domiciliar se centra en garantizar que la atención sea eficaz y adecuada, que las condiciones de trabajo sean apropiadas y que la atención se preste de manera segura (Leturia et al., 2015).

Los recursos humanos calificados son parte fundamental de la calidad. Las políticas de recursos humanos incluyen la formación profesional, el reconocimiento del trabajo de cuidados, y la promoción de la salud física y mental de los cuidadores. El objetivo es mejorar la interacción entre los usuarios de los servicios y los cuidadores como factor determinante de la calidad del servicio (Malley et al., 2015). Un análisis de los países de la OCDE mostró que la mejora de las condiciones de trabajo, incluida la remuneración, la formalidad, la seguridad, la autonomía profesional, y el reconocimiento, ayuda a mejorar la calidad de la atención (Colombo y Muir, 2016). El sector necesita gestores de cuidados que analicen la situación de cada usuario y preparen y supervisen los planes de atención, en colaboración con los servicios sociales y de atención médica.

50. Ley 7756 de Costa Rica. Véase http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=N-RTC&nValor1=1&nValor2=39795&strTipM=TC



Los gobiernos pueden aprobar el contenido de los programas de formación, establecer y supervisar los requisitos mínimos de certificación de los cuidadores, y facilitar el acceso a la formación. Los métodos y la duración de la formación varían ampliamente de un país a otro (Colombo et al., 2011). Por ejemplo, en Japón se exige la certificación del cuidador (*Kaigo Fukushi Shi*) que es revisada periódicamente por una asociación nacional profesional (The Japan Association of Certified Care Workers, s.f.; Lanfang et al., 2012). Los solicitantes de la certificación deben demostrar que recibieron la formación presencial en uno de los centros de formación o que tienen experiencia práctica en centros de atención a la dependencia.

Los países deben integrar los servicios de atención a la dependencia con los servicios de salud para garantizar la calidad y hacer más sostenible el gasto en atención médica. Esto permite que la información fluya de manera más eficiente y que las referencias entre las instituciones sanitarias y sociales se lleven a cabo de manera más fluida, de forma de brindar un enfoque de atención centrado en la persona que tome en cuenta su estado de salud, su nivel de independencia y su contexto, y asigne la combinación más eficiente de servicios/tratamientos en cada caso (OMS, 2015). También en este caso, los gestores de cuidados son clave para lograr la integración, al diseñar planes de atención para las personas que experimentan dependencia funcional en coordinación con los proveedores de atención médica. Alemania, Corea del Sur, Dinamarca, Japón, y Reino Unido adoptan este enfoque (Cafagna et al., 2019; Colombo, 2011). Los países pueden establecer sistemas de información que les permitan considerar las necesidades de salud y atención a la dependencia en conjunto. En el recuadro 5.2 se presenta la experiencia de Belo Horizonte (Brasil) en la implementación de un modelo integrado de atención médica y social.

Los mecanismos de financiamiento también pueden incentivar la coordinación. Por ejemplo, como parte de la Ley de Atención Asequible (*Affordable Care Act*) de Estados Unidos, se han desarrollado organizaciones sociales de gestión de salud para fomentar la coordinación entre los programas de atención a la dependencia proporcionados por Medicare y los programas de salud. Esto se traduce en el agrupamiento de reembolsos por los servicios de atención médica y los servicios de cuidados, a través de la participación en los costos de los reembolsos a los proveedores o contratos equivalentes. España y Reino Unido, por ejemplo, han adoptado mecanismos similares en el marco de la reforma de sus servicios nacionales de salud.

La integración con los servicios de atención médica debe incluir también servicios preventivos para recuperar la capacidad funcional o evitar mayores pérdidas de la misma. Según Curry (2006), los servicios preventivos de la atención a la dependencia abarcan "un proceso continuo de servicios de apoyo que van desde los servicios de cuidados intermedios relativamente formales prestados por profesionales de la salud y la asistencia social" (por ejemplo, servicios de cuidados diurnos, servicios de rehabilitación, atención a domicilio para cuidado preventivo) "hasta las denominadas intervenciones de 'bajo nivel' que podrían incluir planes de amparo, la colocación de un pasamanos o la ayuda con las compras" (p. 7). Estos servicios pueden prevenir la aparición de nuevas necesidades de atención y mitigar las necesidades existentes (por ejemplo, el deterioro leve o moderado de la movilidad).



Los servicios preventivos de atención a la dependencia pueden ayudar a disminuir el número de personas mayores que viven con dependencia funcional, así como a reducir las necesidades de servicios de salud y de cuidados con el paso del tiempo, incluida la atención residencial u hospitalaria (Curry, 2006). Existe poca información cuantitativa sobre la eficiencia y la efectividad de los servicios de cuidados centrados en la prevención (Curry, 2006; OCDE, 2011; Duan-Porter et al., 2020), especialmente en América Latina y el Caribe. Sin embargo, la evidencia internacional muestra que los servicios preventivos de cuidados que se basan en la comunidad, son multifactoriales, y multidisciplinarios, pueden ser fáciles de desarrollar y constituir un buen punto de partida (Hattori et al., 2019).

Para obtener mejores resultados, estos servicios deben integrarse con otras intervenciones de prevención y promoción de la salud implementadas por el sector de la salud (por ejemplo, la prevención primaria y secundaria de las enfermedades crónicas) y otros sectores gubernamentales, como la infraestructura y el transporte (por ejemplo, ciudades de fácil movilidad para las personas mayores o viviendas adecuadas), el desarrollo social y las pensiones (Golinowska y Sowa-Kofta, 2017). Los países deben incluir a los grupos marginados cuando implementen estos servicios. Los servicios preventivos de atención a la dependencia deben prestarse de manera equitativa para evitar que sigan creciendo las brechas de salud y bienestar entre las personas mayores.

Al desarrollar el sector de la atención a la dependencia, los países pueden fomentar un nuevo ecosistema empresarial que incluya incentivos para nuevas iniciativas privadas. La economía de los cuidados tiene el potencial para generar aproximadamente cuatro millones de puestos de trabajo solo en Argentina, Brasil, México y Perú para el 2030,⁵¹ por lo que puede ser un importante motor de recuperación económica tras la pandemia. Este desarrollo forma parte de la economía enfocada en las personas mayores: los bienes y servicios que demanda una población que envejece (Okumura et al., 2020; Jiménez et al., 2021).

Por último, al ser las mujeres quienes generalmente proveen los servicios de cuidados, el desarrollo e implementación de sistemas de atención a la dependencia puede tener importantes impactos de género. En primer lugar, los servicios del sector público podrían liberar de cierta presión a los cuidadores familiares, al brindarles tiempo para participar en actividades laborales o de ocio, en beneficio de su salud física y emocional y, potencialmente, de su seguridad de ingresos. En segundo lugar, la creación de oportunidades de empleo y de formación en el sector puede mejorar las perspectivas profesionales de los cuidadores. Esto tiene un impacto no solo en sus condiciones laborales actuales, sino también en la seguridad de ingresos cuando sean mayores, ya que contribuyen al sistema de pensiones. En tercer lugar, al reconocer y valorar el trabajo de los cuidadores –ya sea remunerado o no–, el sistema de atención a la dependencia tiene el potencial de fomentar un reparto más equitativo de las responsabilidades de cuidado entre géneros. En el recuadro 5.2 se describe la iniciativa colombiana ‘Manzanas de Cuidado’ como un ejemplo local de cómo empoderar a las mujeres y promover una división más igualitaria de las responsabilidades de cuidado entre géneros.

51. Elaboración propia con base en datos de la Oficina Internacional del Trabajo (2018). Cuadro A.5.2., p. 428, escenario "High Road".



RECUADRO 5.2 EXPERIENCIAS INNOVADORAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LA REGIÓN: LOS CASOS DE BELO HORIZONTE Y BOGOTÁ

En 2011, la ciudad de Belo Horizonte, en Brasil, puso en marcha el *Programa Cuidado Maior* (Programa de cuidado a las personas mayores), una iniciativa piloto con un enfoque social, de salud y comunitario de atención a las personas mayores en entornos desfavorables. La columna vertebral de la intervención son los trabajadores comunitarios de cuidados, que reciben una formación básica y brindan entre 10 y 40 horas de servicios de asistencia domiciliaria a la semana por un salario básico (Lloyd-Sherlock et al., 2022). Son responsables de apoyar a personas mayores en sus actividades diarias, de trabajar con las familias para diseñar un plan de cuidados, y de informar mensualmente a los centros locales sociales y de salud (ibid.).

Hasta el 2018, el programa había atendido a 1980 personas, es decir, alrededor del 6% de las personas mayores que experimentan dificultades con las actividades básicas de la vida diaria en la ciudad (De Souza Aredes et al., 2021). Las evaluaciones cualitativas del programa muestran impactos positivos en términos de apoyo familiar, autocuidado, y prevención de hospitalizaciones e internaciones (De Souza Aredes et al., 2021). Un análisis cuantitativo reciente determinó que el programa aumentó el ratio entre las visitas al hospital planificadas y las no planificadas, así como el porcentaje de visitas con fines de rehabilitación (en comparación con otros motivos) (Lloyd-Sherlock et al., 2022).

Otra iniciativa que merece la pena destacar es la de ‘Manzanas de Cuidado’ en Bogotá, Colombia. El programa ofrece servicios de atención a la dependencia para que los cuidadores tradicionales de la familia tengan tiempo de completar la educación secundaria o tomar un curso de emprendimiento. La iniciativa también brinda cursos y talleres para promover la participación de los hombres en las actividades de asistencia.

En la actualidad, siete localidades participan en el programa, y otras más son atendidas por unidades móviles. En 2021, el programa atendió a 10 416 personas de todas las edades, incluidas personas mayores; 3246 cuidadores participaron en talleres, entre ellos 1255 hombres; más de 4000 mujeres completaron una formación que las preparó mejor para encontrar un trabajo; y 88 cuidadores pudieron terminar su educación formal. Además, las unidades móviles atendieron a 3254 personas en áreas remotas.⁵²

52. Véase <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/mujer/sistema-distrital-de-cuidado-beneficiados-con-manzanas-del-cuidado>



ENVEJECER
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES





Referencias bibliográficas

- Accius, J. y J. Y. Suh. 2020. “*The Economic Impact of Age Discrimination: How Discriminating Against Older Workers Could Cost the U.S. Economy \$850 Billion*”. AARP Thought Leadership. Disponible en: <https://doi.org/10.26419/int.00042.003>
- Addati, L., U. Cattaneo E. Pozzan. 2022. “*Care at work: Investing in care leave and services for a more gender equal world of work*”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Alaimo, V., M. Bosch, D. S. Kaplan, C. Pagés y L. Ripani. 2015. “Empleos para crecer”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0000139>
- Alaimo, V., M. N. Chaves y N. Soler. 2019. “El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: ¿Cómo garantizar los derechos de los trabajadores en la era digital?”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0002087>
- Almeida, R. y P. Carneiro. 2012. “*Enforcement of labor regulation and informality*”. *American Economic Journal: Applied Economics*. 4(3):64-89.
- Almeida, G., O. Artaza, N. Donoso y R. Fábrega. 2018. “La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 42: e104.
- Altamirano, A., S. Berstein, M. Bosch, M. García Huitrón y M. L. Oliveri. 2018. “Presente y futuro de las pensiones en América Latina y el Caribe”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0001307>
- Amengual, M., S. Coslovsky y D. Yang. 2017. “*Who Opposes Labor Regulation? Explaining Variation in Employers’ Opinions*”. *Regulation & Governance*. 11(4):404-421. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/rego.12164>.
- Aranco, N. y P. Ibararán. 2020. “Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: Antecedentes, características y resultados”. Nota técnica del BID IDB-TN-1884. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0002310>
- Aranco, N. y R. Sorio. 2019. “Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay”. Nota técnica del BID IDB-TN-1615. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0001821>.
- Aranco, N., P. Ibararán y M. Stampini. 2022. “Prevalence of care dependence among older persons in 26 Latin American and the Caribbean countries”. Nota técnica del BID IDB-TN-2470. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.



- Aranco, N., M. Stampini, P. Ibararán y Medellín. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe". Resumen de políticas IDB-PB-273. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>.
- Arce, O. 2020. "La economía española ante la crisis del COVID: situación, perspectivas y retos". Presentación de Óscar Arce en el Foro Económico El Norte de Castilla. Banco de España.
- Ashby-Mitchell, K., K. Donaldson-Davis, J. McKoy-Davis, D. Willie-Tyndale y D. Eldemire-Shearer. 2022. "Aging and long-term care in Jamaica". Nota técnica del BID IDB-TN-02455. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Atun, R., L. O. Monteiro De Andrade, G. Almeida, D. Cotlear, T. Dmytraczenko, P. Frenz, P. García, O. Gómez-Dantés, F. M. Knaul, C. Muntaner y J. B. De Paula. 2015. "Health-system reform and universal health coverage in Latin America". *The Lancet* 385(9974): 1230-1247.
- Azuara Herrera, O., M. Bosch, G. Caballero, F. Cofré, S. González, A. Hand, L. Keller, C. Rodríguez Tapia, M. T. Silva Porto y F. Vivanco. 2021. "Ahorro sin barreras: lecciones del Laboratorio de Ahorro para el Retiro". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0003177>
- Banco de Previsión Social de Uruguay. 2020. "Acciones con perspectivas de género en la seguridad social. Actualización 2019". Asesoría General en Seguridad Social, BPS. Recuperado de: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/16851/2/acciones-con-perspectiva-de-genero-en-seguridad-social.-datos-2019.pdf>
- Banco Mundial. 2020. "Jugar un partido desigual: Diagnóstico de género en Uruguay". Washington, DC: Banco Mundial.
- Bando, R., S. Galiani y P. Gertler. 2020. "The effects of non-contributory pensions on material and subjective well-being". *Economic Development and Cultural Change*, 68(4), 1233-1255.
- Bango, J. y P. Cossani. 2021. "Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación". ONU Mujeres. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>
- Barkley, S., B. Starfield, L. Shi y J. Macinko. 2016. "The contribution of primary care to health systems and health". *Family Medicine: The Classic Papers* (pp. 191-239). CRC Press. Disponible en: <https://doi.org/10.1201/9781315365305>
- Barnay, T. y S. Juin. 2016. "Does home care for dependent elderly people improve their mental health?" *Journal of Health Economics*. 45, 149-160. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.10.008>
- Barr, N. 2010. "Long-term care: a suitable case for social insurance". *Social & Policy Administration*. 44(4) 359-374. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x>



- Barraza, M. 2017. “Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos,” en Fortes, P. (ed) *Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados: Un desafío país*, pp. 60 - 67. Gobierno de Chile. Dirección Sociocultural, Presidencia de la República.
- Báscolo, E., N. Houghton y A. Del Riego. 2018. “Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e126.
- Bastos, M. L., D. Menzies, T. Hone, K. Dehghani y A. Trajman. 2017. “Correction: The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: A systematic review”. *PLoS ONE*, 12(12). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189557>
- Benartzi, S., J. Beshears y K. L. Milkman. 2017. “Should Governments Invest More in Nudging?”. *Association for Psychological Science*. 28(8): 1041-1055. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0956797617702501>
- Benedetti, F., J. Acuña y B. Fabiani. 2022. “Teleasistencia: Innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas con dependencia”. Nota técnica del BID IDB-TN-2475. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bernal N., M. Bosch, B. Madrian y O. Molina. 2021. “The impact of digital saving account on savings and welfare: Evidence from gig-economy workers in Peru”. AEA RCT Registry. Disponible en: <https://doi.org/10.1257/rct.4999>
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2021a. “Documento de Marco Sectorial de Salud”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- . 2021b. “Visión 2025. Reinvertir en las Américas: una década de oportunidades”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-328957462-89>
- Bodenheimer, T. 2008. “Coordinating Care – A perilous journey through the health care system”. *The New England Journal of Medicine*. Disponible en: [10.1056/NEJMp0706165](https://doi.org/10.1056/NEJMp0706165)
- Bilal, U., M. Alazraqi, W. T. Caiaffa, N. López-Olmedo, K. Martínez-Folgar, J. J. Miranda, D. A. Rodríguez, A. Vives y A. V. Diez-Roux. 2019. “Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis”. *The Lancet Planetary Health*, 3(12), e503–e510. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
- Blas, E. y A. S. Kurup (Eds). 2010. “Equity, social determinants and public health programmes”. Organización Mundial de la Salud.
- Bloom, D. E., S. Chatterji, P. Kowal, P. Lloyd-Sherlock, M. Mckee, B. Rechel, L. Rosenberg y J. P. Smith. 2015. “Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses”. *The Lancet Journal*. Disponible en: [10.1016/S0140-6736\(14\)61464-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61464-1).



- Bloom, D. E., A. Khoury y R. Subbaraman. 2018. “*The promise and peril of universal health care*”. *American Association for the Advancement of Science*. 361(6404).
- Bodner, E. y S. Cohen-Fridel. 2010. “*Relations between attachment styles, ageism and quality of life in late life*”. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1353-1361.
- Bosch, M., A. Melguizo, C. Pagés. 2013. “Mejores pensiones, mejores trabajos: hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/better-pensions-better-jobs-towards-universal-coverage-latin-america-and-caribbean>.
- Bosch, M., C. C. Felix, M. García Huitrón y N. Soler, N. 2020. “*Better Pension Institutions in Latin America and the Caribbean: the role of monitoring mechanisms and automatic adjustment rules*”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0002923>
- Bouzón, C. y L. Rodríguez Mañas. 2021. “La experiencia europea ADVANTAGE para el manejo de la fragilidad: Claves sobre su aplicabilidad en América Latina”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.107>
- Cafagna, G., N. Aranco, P. Ibararán, N. Medellín, M. L. Oliveri y M. Stampini. 2019. “Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0001972>.
- Campbell, J. C., N. Ikegami y M. J. Gibson. 2010. “*Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan*”. *Health Affairs*, 29(1), pp. 87-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0548>.
- Campbell-Lendrum, D. y A. Prüss-Ustün. 2019. “*Climate Change, Air Pollution and Noncommunicable Diseases*”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 97(2), 160-161. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.18.224295>
- Carroll, G., J. Choi, D. Laibson, B. Madrian y A. Metrick. 2009. “*Optimal Defaults and Active Decisions*”. *The Quarterly Journal of Economics*, 124(4).
- Caruso Bloeck, M., S. Galiani y P. Ibararán. 2017. “*Long-term care in Latin America and the Caribbean? Theory and policy considerations*”. *IDB Working Paper Series* No. IDB-WP- 834. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Chetty, R., J. N. Friedman, S. Leth-Petersen, T. H. Nielsen y T. Olsen. 2014. “*Active vs. Passive Decisions and Crowd-Out in Retirement Savings Accounts: Evidence from Denmark*”. *The Quarterly Journal of Economics*. 129(3):1141-1219. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/qje/qju013>
- Choi, J., D. Laibson, B. Madrian y A. Metrick. 2004. “*Saving for retirement on the path of least resistance*”. Working paper. Cambridge, MA.



- Chrisler, J. C., A. Barney y B. Palatino. 2016. "Ageism can be hazardous to women's health: Ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system". *Journal of Social Issues*, 72(1): 86-104.
- Clements, B. J., M. D. Coady, F. Eich, S. Gupta, A. Kangur, B. Shang y M. Soto. 2016. "The challenge of public pension reform in advanced and emerging economies". Fondo Monetario Internacional.
- Coe, N. B. y C. H. Van Houtven. 2009. "Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent". *Health Econ.* 2009 Sep;18 (9): 991-1010. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hec.1512>. PMID: 19582755.
- Comisión de Expertos en Seguridad Social (CESS) Uruguay. (2021). "Informe de Recomendaciones para la Reforma del Sistema Previsional Uruguayo". Disponible en: <https://cess.gub.uy/>
- Colombo, F., A. Llena-Nozal, J. Mercier, J y F. Tjadens. 2011. "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care". OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.
- Colombo, F. y T. Muir. 2016. "Developing a skilled long-term care workforce". C. Gori, J.-L. Fernández y R. Wittenberg (Eds). *Long-Term Care Reforms in OECD Countries*. Bristol: Policy Press, pp 197-218.
- Córdova, M. I. P., R. De Leon, T. Gutiérrez, N. Mier, O. Banda y M. Delabra. 2017. "Effectiveness of a chronic disease self-management program in Mexico: A randomized controlled study." *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(7), 87. Disponible en: <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n7p87>
- Corburn, J. y A. Sverdlik. 2018. "Informal settlements and human health". En *Integrating Human Health into Urban and Transport Planning: A Framework* (pp. 155-171). Springer International Publishing. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-74983-9_9
- Costa-i-Font, J., C. Courbage y K. Swartz. 2015. "Financing long-term care: ex ante, ex post or both?". *Health Economics*, 24, 45-57.
- Costa-i-Font, J., S. Jiménez-Martín y C. Vilaplana, C. (2018). "Does LTC subsidization reduce hospital admissions and utilization?". *Journal of Health Economics* 58, 43-66.
- Cunil-Grau, N. y C. Leyton. 2018. "Una nueva mirada al enfoque de derechos. Aportes al debate a partir de los servicios de cuidado para personas mayores en Chile". *Revista Latinoamericana de derecho social*, 27.
- Curry, N. 2006. "Preventive Social Care: Is it cost effective?". *Kings Fund*. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/preventive-social-care-wanless-background-paper-natasha-curry2006.pdf>



- Dansereau, E. A. 2019. “Results based aid for universal health coverage in poor and indigenous communities: Impact evaluation of the Salud Mesoamérica Initiative”. Tesis doctoral. Disponible en: https://digital.lib.washington.edu/researchworks/bitstream/handle/1773/43609/Dansereau_washington_0250E_19657.pdf?sequence=1&isAllowed=n
- De Souza Aredes, J., J. Billings, K. C. Giacomini, P. Lloyd-Sherlock y J. O. A. Firmo. 2021. “Integrated Care in the Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA”. *International Journal of Integrated Care*, 21(2). Disponible en: [10.5334/ijic.5619](https://doi.org/10.5334/ijic.5619)
- Di Cesare, M., Y. H. Khang, P. Asaria, T. Blakely, M. J. Cowan, F. Farzadfar, R. Guerrero, N. Ikeda, C. Kyobutungi, K. P. Msyamboza, S. Oum, J. W. Lynch, M. G. Marmot, M. Ezzati y Lancet NCD Action Group. 2013. “Inequalities in non-communicable diseases and effective responses”. *The Lancet*, 381(9866), 585–597. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61851-0)
- Dieleman, J. L., N. Sadat, A. Y. Chang, N. Fullman, C. Abbafati, P. Acharya, A. K. Adou, A. Ahmad, A. Kiadaliri, K. Alam, R. Alizadeh-Navaei, A. Alkerwi, W. Ammar, C. A. T. Antonio, O. Aremu, S. W. Asgedom, T. M. Atey, L. Avila-Burgos, R. Ayer, H. Badali y C. J. L. Murray. (2018). “Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40”. *The Lancet*, 391(10132), 1783–1798. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4)
- Dieleman, J. L., T. Templin, N. Sadat, P. Reidy, A. Chapin, K. Foreman, A. Haakenstad, T. Evans, C. J. L. Murray y C. Kurowski. 2016. “National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040”. *The Lancet*, 387(10037), 2521–2535. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30167-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30167-2)
- Dmytraczenko, T. y G. Almeida (Eds.). 2015. “Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries”. Banco Mundial.
- Doubova, S. V., F. M. Knaul, V. H. Borja-Aburto, S. García-Saíso, M. Zapata-Tarres, M. González-León, O. Sarabia-González, H. Arreola-Ornelas y R. Pérez-Cuevas. 2020. “Access to paediatric cancer care treatment in Mexico: Responding to health system challenges and opportunities”. *Health Policy and Planning*, 35(3), 291–301. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czz164>
- Duan-Porter, W., K. Ullman, C. Rosebush, L. McKenzie, K. E. Ensrud, E. Ratner, N. Greer, T. Shippee, J. E. Gaugler y T. J. Wilt. 2020. “Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments—A Systematic Review of Reviews”. *Journal of General Internal Medicine*, 35(7), 2118–2129. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05568-5>
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean). 2017. “Caribbean synthesis report on the Madrid International Plan of Action on Ageing and the San José Charter on the Rights of Older Persons in Latin America and the Caribbean”. Naciones Unidas.



- Edge, C.E., M. Coffey, P. A. Cook y A. Weinberg. 2020. “*Barriers and facilitators to extended working life: a focus on a predominately female ageing workforce*”. *Ageing & Society*, 41(2), 2867-2887. Cambridge University Press. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0144686X2000063X>.
- Comisión Europea. 2017. “*Peer review on “Germany’s latest reforms of the long – term care system”*”. Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=9008&furtherNews=yes>
- Fabiani, B., J. Costa-i-Font, N. Aranco, M. Stampini y P. Ibararán. 2022. “Opciones de Financiación de los Servicios de Atención a la Dependencia en Latinoamérica y el Caribe”. Nota técnica del BID IDB-TN-2473. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Fan, V. Y. y W. D. Savedoff. 2014. “*The health financing transition: A conceptual framework and empirical evidence*”. *Social Science & Medicine*, 105, 112-121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.014>
- Figliuoli, L., V. Flamini, M. Galdamez, F. Lambert, M. Li, B. Lissovolik, R. Mowatt, J. Puig, A. Klemm, M. Soto, S. Thomas, C. Freudenberg y A. Orthofer. 2018. “*Growing pains: Is Latin America prepared for population aging?*” *Departmental Papers / Policy Papers*, 18(05), 1. Disponible en: <https://doi.org/10.5089/9781484326107.087>
- FitzGerald, C. y S. Hurst. 2017. “*Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review*”. *BMC Med Ethics* 18, 19. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- Flórez, C. E., L. Martínez y N. Aranco. 2019. “Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia”. Nota técnica del BID IDB-TN-1749. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0001884>.
- FMI (Fondo Monetario Internacional). 2020). “*World Economic Outlook database*”. Disponible en: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/weo-database/2020/October>.
- Forttes, P. 2020. “Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador”. Nota técnica del BID IDB-TN-2083. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0002982>
- Forder, J., K. Gousia y E. C. Saloniki. 2019. “*The impact of long-term care on primary care doctor consultations for people over 75 years*”. *The European Journal of Health Economics*, 20(3), 375-387. Disponible en: [10.1007/s10198-018-0999-6](https://doi.org/10.1007/s10198-018-0999-6)
- Fullman, N., J. Yearwood, S. M. Abay, C. Abbafati, F. Abd-Allah, J. Abdela, A. Abdelalim, Z. Abebe, T. A. Abebo, V. Aboyans, H. N. Abraha, D. M. X. Abreu, L. J. Abu-Raddad, A. A. Adane, R. A. Adedoyin, O. Adetokunboh, T. B. Adhikari, M. Afarideh, A. Afshin, R. Lozano. 2018. “*Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected sub-national locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016*”. *The Lancet*, 391(10136), 2236-2271. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)



- Gakidou, E., Afshin, A., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abera, S. F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M. E., Abyu, G. Y., Adedeji, I. A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Agrawal, A., Agrawal, S., Ahmadieh, H., Murray, C. J. L. (2017). "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *The Lancet*, 390(10100), 1345-1422.
- Galiani, S., P. Gertler y R. Bando. 2016. "Non-contributory pensions". *Labour Economics*, 38, 47-58. https://econpapers.repec.org/article/eelabeco/v_3a38_3ay_3a2016_3ai_3ac_3ap_3a47-58.htm. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)
- García-Ramírez, J., Z. Nikoloski y E. Mossialos. 2020. "Inequality in healthcare use among older people in Colombia". *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 168. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01241-0>
- Gasparini, L., J. Alejo, F. Haimovich, S. Olivieri y L. Tornarolli. 2007. "Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean". CEDLAS Working Paper. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3614/Documento_completo_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gasparini, L. y M. Marchionni. 2015. «Bridging gender gaps? The rise and deceleration of female labor force participation in Latin America: An overview». CEDLAS Working Paper. Disponible en: <https://www.econstor.eu/handle/10419/127701>
- Gheorge, A., K. Chalkidou, A. Glassman, T. Lievens y A. McDonnell. 2020. "COVID-19 and Budgetary Space for Health in Developing Economies". Disponible en: <https://www.cgdev.org/publication/covid-19-and-budgetary-space-health-developing-economies>
- Giménez, E., R. Caballero, N. Peralta y J. M. Araujo. 2019. "Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de personas de 60 y más años según su condición de pobreza en Paraguay". *Revista de salud pública del Paraguay*, 9(2), 46-52. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rspp.2019.diciembre.46-52>
- Global Health Metrics. 2020. "Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019". *Lancet*, 2020; 396: 1160–203. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930977-6>
- Golinowska, S. y A. Sowa-Kofta. 2017. "Quality and cost-effectiveness in long-term care and dependency prevention: The Polish policy landscape". ISBN: 978-83-7178-655-6. Econstor; Center for Social and Economic Research (CASE), Warsaw. Disponible en: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/179712/1/nr489.pdf>
- Gómez, F., D. Osorio-García, L. Panesso y C. L. Curcio. 2021. "Healthy aging determinants and disability among older adults: SABE Colombia". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.98>



- González-González, C. A., M. Stampini, G. Cafagna, M. C. Hernández Ruiz y P. Ibararán. 2019. “Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0002091>
- Goodchild, M., N. Nargis y E. T. D’Espaignet. 2018. “Global economic cost of smoking-attributable diseases”. *Tobacco Control*, 27(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053305>
- Harper, S. 2021. “The Impact of the Covid-19 Pandemic on Global Population Ageing”. *Journal of Population Ageing*, 14(2), 137-142. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12062-021-09330-w>
- Hattori, S., T. Yoshida, Y. Okumura y K. Kondo. 2019. “Effects of Reablement on the Independence of Community-Dwelling Older persons with Mild Disability: A Randomized Controlled Trial”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3954. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16203954>
- Heijdra, B. J. y L. S. M. Reijnders. 2012. “Human capital accumulation and the macroeconomy in an ageing society”. CESifo Working Paper, No. 4046, Center for Economic Studies and ifo Institute (CESifo), Munich
- Hessel, P., M. Avendano, C. Rodríguez-Castelán y T. Pfütze. 2018. “Social pension income associated with small improvements in self-reported health of poor older men in Colombia”. *Health Affairs*, 37(3), 456-463. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.2017.1284>
- Holland, S. K., S. R. Evered y B. A. Center. 2014. “Long-Term Care Benefits May Reduce End-of-Life Medical Care Costs”. *Population Health Management*, 17(6), 332-339. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0116>
- Hone, T., D. Rasella, M. L. Barreto, A. Majeed y C. Millett. 2017. “Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis”. *PloS Medicine*, 14(5). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>
- Hofmarcher, M. M., H. Oxley y E. Rusticelli. 2007. “Improved health system performance through better care coordination”. OECD Health Working Papers. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/18152015>
- Islam, N., D. A. Jdanov, V. M. Shkolnikov, K. Khunti, I. Kawachi, M. White, S. Lewington y B. Lacey. 2021. “Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries”. *BMJ*. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-066768>



- Jamison, D. T., L. H. Summers, G. Alleyne, K. J. Arrow, S. Berkley, A. Binagwaho, F. Bustreo, D. Evans, R. G. A. Feachem, J. Frenk, G. Ghosh, S. J. Goldie, Y. Guo, S. Gupta, R. Horton, M. E. Kruk, A. Mahmoud, L. K. Mohohlo, M. Ncube y G. Yamey. 2013. "Global health 2035: A world converging within a generation". In *The Lancet* (Vol. 382, Issue 9908, pp. 1898-1955). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)
- Jara-Maleš, P. y A. Chaverri-Carbajal. 2020. «Servicios de apoyo al cuidado domiciliario: avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica». Nota técnica del BID IDB-TN-2031. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0002767>
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P.J., Dubois, B., Eriksdotter, M., Ewers, M., Graessel, E., Kramberger, M.G., Law, E., Mecocci, P., Molinuevo, J.L., Nygård, L., Olde-Rikkert, MGM., Orgogozo, JM., Pasquier, F., Peres, K., Salmon, E., Sikkes, SAM., Sobow, T., Spiegel, R., Tsolaki, M., Winblad, B. y Frölich, L. 2015. "Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review" *Alzheimer's Research and Therapy*, 7(1):17. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0099-0>
- Jha, P., C. Ramasundarahettige, V. Landsman, B. Rostron, M. Thun, R. Anderson, T. McAfee y R. Peto. "21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States". *New England Journal of Medicine*, 368, no. 4 (2013): 341-350.
- Jiménez, C., J. Requejo, M. Foces, M. Okumura, M. Stampini y A. Castillo. 2021. "The Silver Economy: Mapping actors and trends in Latin America and the Caribbean". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0003237>
- Jiwani, S. S., R. M. Carrillo-Larco, A. Hernández-Vásquez, T. Barrientos-Gutiérrez, A. Basto-Abreu, L. Gutierrez, V. Irazola, R. Nieto-Martínez, B. P. Nunes, D. C. Parra y J. J. Miranda. 2019. "The shift of obesity burden by socioeconomic status between 1998 and 2017 in Latin America and the Caribbean: A cross-sectional series study". *The Lancet Global Health*, 7(12), e1644-e1654. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30421-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30421-8)
- Kanbur, R. y L. Ronconi. 2018. "Enforcement matters: The effective regulation of labor". *International Labour Review*. 157(3): 331-356. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ilr.12112>
- Karlan, D., M. McConnel, S. Mullainathan y J. Zinmen. 2010. "Getting to the top of the mind: how reminders increase saving. National Bureau of Economic Research". Working Paper 16205. Disponible en: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w16205/w16205.pdf
- Karlsson, M., T. Iversen y H. Øien. 2016. "Aging and Health Care Costs". *Oxford Research Encyclopedia, Economics And Finance*. Oxford University Press USA, 2016. Online Publication Date: Oct 2018. Disponible en: <10.1093/acrefore/9780190625979.013.24>
- Kaselitz, E., G. K. Rana y M. Heisler. 2017. "Public policies and interventions for diabetes in Latin America: a scoping review". *Current Diabetes Reports*, 17 (8): 65.



- Kruk, M. E., A. D. Gage, N. T. Joseph, G. Danaei, S. García-Saisó y J. A. Salomon. 2018a. "Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries". *The Lancet*, 392(10160), 2203-2212. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- . 2018b. "High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution". *The Lancet Global Health Commission*, 6 (11), E1196-E1252. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Lanfang, M., Z. Zaaba y K. Umemoto. 2012 "Formation and development of certified care worker education in Japan: Perspectives of knowledge creation and evolution". *International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education*, 3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.20533/ijcdse.2042.6364.2012.0094>
- Le Bihan, B. 2018. "ESPN thematic report on challenges in long-term care: France". European Social Policy Network, European Commission.
- Leturia, M., E. Aldaz, A. Uriarte, J. Salazar, E. Allur, J. Iribar y Z. Benedicto. 2015. "Modelo de seguimiento de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar." *Zerbitzuan* (59), 161-174.
- Levy, S. 2008. "Good intentions, bad outcomes: social policy, informality and economic growth in Mexico". Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Lloyd-Sherlock, P., K. Giacomini y L. Sempé. 2022. "The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people". *BMC health services research*, 22(1), 1-11.
- López, J. H. y C. A. Reyes-Ortiz. 2015. "Geriatric education in undergraduate and graduate levels in Latin America". *Gerontology & Geriatrics Education* 36(1): 3-13.
- López-Ortega, M. y N. Aranco. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en México". Nota técnica del BID IDB-TN-1614. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0001826>.
- Lorenzoni, L., D. Pinto, F. Guanais, T. P. Reneses, F. Daniel y A. Aaraaen. 2019. "Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries". *OECD Health Working Papers*, No. 111, OECD Publishing, Paris Disponible en: <https://doi.org/10.1787/Oe8da4bd-en>.
- Lustig, N., C. Pessino, y J. Scott. 2013. "The Impact of Taxes and Social Spending on Inequality and Poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico and Peru: An Overview". *Tulane Economics Working Paper Series*. <http://repec.tulane.edu/RePEc/pdf/tul1313.pdf>
- Macinko, J., M. J. Harris y M. G. Rocha. 2017. "Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ)". *Journal of Ambulatory Care Management*, 40, S4-S11. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/jac.0000000000000189>



- Macinko, J., F. C. D Andrade, B. P. Nunes y F. C. Guanais. 2019. "Primary care and multimorbidity in six Latin American and Caribbean countries". *Revista Panamericana de Salud Pública* 43: e8.
- Macinko, J., F. Cristina Drumond Andrade, F. Bof de Andrade y M. F. Lima-Costa. 2020. "Universal Health Coverage: Are Older Adults Being Left Behind? Evidence From Aging Cohorts In Twenty-Three Countries: Study examines access to care, use, catastrophic expenditures, and other factors among several aging cohorts in twenty-three countries". *Health Affairs*, 39(11), 1951-1960.
- Madrian, B. C. y D. F. Shea. 2001. "The Power of Suggestion: Inertia in 401(K) Participation and Savings Behavior". *The Quarterly Journal of Economics*. 116(4):1149-1187. Disponible en: <https://doi.org/10.1162/003355301753265543>
- Malley, J., B. Trukeschitz y L. Trigg. 2015. "Policy instruments to promote good quality long-term care services". *Long-term care reforms in OECD countries*, 167-193.
- Marcelin, J. R., D. S. Siraj, R. Victor, S. Kotadia y Y. A. Maldonado. "The impact of unconscious bias in healthcare: how to recognize and mitigate it". *The Journal of Infectious Diseases* 220, no. Supplement_2 (2019): S62-S73.
- Maresova, P., E. Javanmardi, S. Barakovic, J. Barakovic Husic, S. Tomsone, O. Krejcar y K. Kuca. 2019. "Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review". *BMC Public Health*, 19(1), 1431. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>
- Matus-López, M. 2018. "Prospección de Costos de un Sistema para la Atención a la Dependencia en Costa Rica 2018-2050, Avance de Informe Final". Documento inédito.
- McMillan, L. B., A. Zengin, P. R. Ebeling y D. Scott. 2017. "Prescribing Physical Activity for the Prevention and Treatment of Osteoporosis in Older Adults". *Healthcare* (Vol. 5, No. 4, p. 85). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/5/4/85>
- Medellín, N., P. Ibararán, M. Stampini y M. Matus-López. 2018. "Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados". Nota técnica del BID IDB-TN 1438. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0001129>
- Medellín, N., P. Jara Malês y M. Matus-Lopez. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica". Nota técnica del BID IDB-TN-1820. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0002035>
- Mena, A. C. y P. Casali. 2020. "El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19". Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
- Mikton, C., V. De la Fuente-Núñez, A. Officer y E. Krug. 2021. "Ageism: A social determinant of health that has come of age". *The Lancet*, 397(10282), 1333-1334. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00524-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00524-9)



- Ministerio de la Mujer, Familia y Derechos Humanos de Brasil. 2021. “Programa viver – envelhecimento ativo e saudável”. Disponible en: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/acoes-e-programas/programa-viver-2013-envelhecimento-ativo-e-saudavel>
- Ministerio of Salud de Chile. 2021. “Chile leads launch of decade of healthy ageing 2021-2030, which seeks to improve conditions for older people”. Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.gob.cl/en/news/chile-leads-launch-decade-healthy-ageing-2021-2030-which-seeks-improve-conditions-older-people/>
- Ministerio de Salud Pública Uruguay. 2013. *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles, PPENT*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/2da-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no>
- Molina, H., L. Sarmiento, N. Aranco y P. Jara. 2020. “Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile”. *Nota técnica del BID IDB-TN-2004*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0002678>
- Morsch, P., M. Pelaez, E. Vega, C. Hommes y K. Lorig. 2021. “Evidence-based programs for older people in the Americas”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.91>
- Mouratidis, K. 2021. “Urban planning and quality of life: A review of pathways linking the built environment to subjective well-being”. *Cities*, 115, 103229.
- Mueller, M., E. Bourke y D. Morgan. 2020. “Assessing the comparability of Long-Term Care spending estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire”. Informe técnico. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Mur-Veeman, I. y M. Govers. 2011. “Buffer management to solve bed-blocking in the Netherlands 2000-2010. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows”. *International Journal of Integrated Care*. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.650>
- NHIS (National Health Insurance Service Korea). 2019. “National Health Insurance & long-term care insurance system in the Republic of Korea”.
- Nelson, T. D. 2016. “Promoting healthy aging by confronting ageism”. *American Psychologist*, 71(4), 276.
- Nishi, N., N. Ikeda, T. Sugiyama, K. Kurotani y M. Miyachi. 2020. “Simulating the Impact of Long-Term Care Prevention Among Older Japanese People on Healthcare Costs From 2020 to 2040 Using System Dynamics Modeling”. *Frontiers in Public Health*, 8, 592471. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.592471>



- Nolte, E. y M. McKee. 2003. “*Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care*”. *BMJ* (Clinical research ed.), 327(7424), 1129. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7424.1129>
- Officer, A. y V. De la Fuente-Núñez. 2018. “*A global campaign to combat ageism*”. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 96(4), 295–296. Disponible en: <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- Officer, A., J. A. Thiyagarajan, M. L. Schneiders, P. Nash y V. De la Fuente-Núñez. 2020. “*Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related?*”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3159. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
- Okumura, M., M. Stampini, C. Buenadicha, A. Castillo, F. Vivanco, M. Sánchez, P. Ibararán y P. Castillo. 2020. “*La economía plateada en América Latina y el Caribe: El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://doi.org/10.18235/0002598>.
- Oliveira, D., S. L. Moncada y F. Terra. 2022. “*The use of “Baremos” to measure care dependence among older people experiencing functional impairment: Practices, advances, and future directions*”. Nota técnica del BID. IDB-TN-2476. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Oliveri, M. L. 2016. “*Social Pensions and Poverty in Latin America*”. *Apuntes. Revista de ciencias sociales*, Fondo Editorial, Universidad del Pacífico, vol. 43(78), pages 121-158.
- Oliveri, M. L. 2020. “*Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina*”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Argentina.pdf>
- Ollé-Espluga, L., I. Vargas, A. Mogollón-Pérez, R. P. F. Soares-de-Jesus, P. Eguiguren, A. I. Cisneros y M. L. Vázquez. 2022. “*Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries*”. *Gaceta Sanitaria*, 35, 411-419. Recuperado de: <https://www.scielo.org/pdf/gs/2021.v35n5/411-419/en>
- OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2018. “*Care work and care jobs for the future of decent work*”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2007. “*Life Expectancy at Birth (Methodology)*”. Disponible en: https://www.un.org/esa/sustdev/natlinfo/indicators/methodology_sheets/health/life_expectancy.pdf
- . 2013. “*Mortpak for Windows*”. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/desa_pd_2013_mortpak_manual.pdf
- . 2020. “*The Impact of COVID-19 on older people*”. Disponible en: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>



- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2015. “*The World Report on Ageing and Health*”. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- . 2018. “*World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*”. Organización Mundial de la Salud.
- . 2020a. “*WHO methods and data sources for life tables 1990-2019*”. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_life-table-methods.pdf
- . 2020b. “*Healthy diet: Fact sheet*”. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- . 2020c. “*Who methods and data sources for Life Tables 1990-2019*”. Recuperado el 4 de mayo de 2022 de: https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_life-table-methods.pdf?sfvrsn=c433c229_5
- . 2021a. “*Global report on ageism*”. ISBN: 9789240016866. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
- . 2021b. “*WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2021*”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2017. “*Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*”. OECD Reviews of Health Care Quality. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>.
- . 2019. “*Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators*”. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>.
- . 2020a. “*OECD Employment Outlook 2020: Worker Security and the COVID-19 Crisis*”. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/1686c758-en>.
- . 2020b. “*Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*”, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- . 2021. “*Health at a Glance 2021: OECD Indicators*”. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Banco Mundial. 2020. “*Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*”. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>.
- Oxford Poverty and Human Development Initiative y Naciones Unidas. 2021. “*Global Multidimensional Poverty Index 2021. Unmasking disparities by ethnicity, caste and gender*”. Disponible en: https://hdr.undp.org/sites/default/files/2021_mpi_report_en.pdf



- Paixão, M., I. Rossetto, F. Montovanele y L. M. Carvano. 2010. “*Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010: Constituição Cidadã, Seguridade Social e Seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça*”. Recuperado de: http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/09/desigualdades_raciais_2009-2010.pdf
- Panadeiros, M. y C. Pessino. 2018. “Consecuencias fiscales del envejecimiento poblaciones: Proyecciones agregadas del gasto en salud para 10 países de América Latina”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0001224>
- Pavón-León, P., H. Reyes-Morales, A. J. Martínez, S. M. Méndez-Maín, M. D. C. Gogeoascoechea-Trejo y M. S. L. Blázquez-Morales. 2017. “Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México”. *Gaceta Sanitaria*, 31, 286-291.
- Pichon-Riviere, A., A. Alcaraz, A. Palacios, B. Rodríguez, L. M. Reynales-Shigematsu, M. Pinto, M. Castillo-Riquelme, E. Peña Torres, D. I. Osorio, L. Huayanay, C. Loza Munarriz, B. S. De Miera-Juárez, V. Gallegos-Rivero, C. De La Puente, M. Del Pilar Navia-Bueno, J. Caporale, J. Roberti, S. A. Virgilio, F. Augustovski y A. Bardach. 2020 “*The health and economic burden of smoking in 12 Latin American countries and the potential effect of increasing tobacco taxes: an economic modelling study*”. *The Lancet Global Health*, 8(10), e1282-e1294. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30311-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30311-9)
- Pesec, M., H. L. Ratcliffe, A. Karlage, L. R. Hirschhorn, A. Gawande y A. Bitton. 2017. “*Primary Health Care that Works: The Costa Rican Experience*”. *Health Affairs*, 36(3), 531-538. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1319>
- Pinquart, M. y S. Sörensen. 2003. “*Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis*”. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pinto, D. M., R. Moreno-Serra, G. Cafagna y L. Giles Álvarez. 2018. “*Efficient Spending for Healthier Lives*”. En A. Izquierdo, C. Pessino, y Vuletin, G. (Eds.). 2018. “*Better Spending for Better Lives: How Latin America and the Caribbean Can Do More with Less*”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Plaut, D., M. Thomas, T. Hill, J. Worthington, M. Fernandes y N. Burnett. 2017. “*Getting to Education Outcomes: Reviewing Evidence from Health and Education Interventions*”. En D. Bundy, N. Silva y S. Horton (Eds.), “*Child and Adolescent Health and Development*” (3rd ed.). Banco Mundial. Disponible en: https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0423-6_ch22
- Rao, K. D., A. I. Vecino Ortiz, T. Robertson, A. López Hernández y C. Noonan. 2022. “*Future Health Spending and Treatment Patterns in Latin America and the Caribbean: Health Expenditure Projections & Scenario Analysis*”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.



- Redondo, N. 2021. "Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana". Nota técnica del BID IDB-TN-2258. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0003583>
- Robles, M., Y. Cruz-Aguayo, N. Schady, D. Zuluaga, N. Fuertes y M. Kang. 2019. "The Future of Work in Latin America and The Caribbean: Education and Health, The Sectors of The Future?". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18235/0001524>
- Roehr, S., S. G. Riedel-Heller, H. Kaduszkiewicz, M. Wagner, A. Fuchs, C. Van der Leeden, B. Wiese, J. Werle, H. Bickel, H. König, S. Wolfsgruber, M. Pentzek, D. Weeg, S. Mamone, S. Weyerer, C. Brettschneider, W. Maier, M. Scherer, F. Jessen y T. Luck. 2019. "Is function in instrumental activities of daily living a useful feature in predicting Alzheimer's disease dementia in subjective cognitive decline?". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1): 193-203. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.5010>. Epub 2018 Nov 9. PMID: 30353573.
- Rosendo Silva, F., M. Simões y J. Sousa Andrade. 2018. "Health investments and economic growth: a quantile regression approach". *International Journal of Development Issues*, 17(2), 220-245. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/IJDI-12-2017-0200>
- Salinas-Rodríguez, A., B. Manrique-Espinoza, I. Torres y J. C. Montañez-Hernández. 2020. "Out-of-pocket healthcare expenditures in dependent older adults: Results from an economic evaluation study in Mexico". *Front. Public Health*, 8:329. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00329>
- Sánchez-Romero, L. M., F. Canto-Osorio, R. González-Morales, M. A. Colchero, S. W. Ng, P. Ramírez-Palacios, J. Salmerón y T. Barrientos-Gutiérrez. 2020. "Association between tax on sugar sweetened beverages and soft drink consumption in adults in Mexico: open cohort longitudinal analysis of Health Workers Cohort Study". *BMJ* 369.
- Savedoff, W. 2008. "Getting a pulse on health quality". Capítulo 5 in Lora (Ed.). "Beyond Facts: understanding Quality of Life". BID. 2008. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Beyond-Facts-Understanding-Quality-of-Life.pdf>
- SensorTower. 2020. Disponible en: <https://sensortower.com/blog/top-apps-worldwide-august2020-by-downloads>
- SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad). 2016. "Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile". Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.
- SNIC (Sistema Nacional Integrado de Cuidados Uruguay). 2020. "La construcción del cuarto pilar de protección social en Uruguay". Balance y desafíos 2015-2020. *Memoria quinquenal*. Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/memoria-quinquenal-2015-2020>



- Souza, D. K. de, y S. V. Peixoto. 2017. “*Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013*”. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(2), 285-294. Disponible en: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200006>
- Stampini, M., M. L. Oliveri, P. Ibararán, D. Londoño, H. J. S. Rhee y G. M. James. 2020. “*Working Less to Take Care of Parents?: Labor Market Effects of Family Long-Term Care in Latin America*”. (IDB Working Paper No. 10696). Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Stevens, G., R. H. Dias, K. J. A. Thomas, J. A. Rivera, N. Carvalho, S. Barquera, K. Hill y M. Ezzati. 2008. “*Characterizing the Epidemiological Transition in Mexico: National and Subnational Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors*”. *PLoS Medicine*, 5(6), e125. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050125>
- Taylor, D. 2014. “*Physical activity is medicine for older adults*”. *Postgraduate medical journal*, 90(1059), 26-32. Disponible en: <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/90/1059/26.full.pdf>
- Tenorio Mucha, J. M. 2019. “Acceso a medicamentos para controlar la hipertensión arterial prescritos en consulta externa en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) en Perú”. ENSUSALUD 2016. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/6611>
- The Japan Association of Certified Care Workers (s. f.). “*The Japan Association of Certified Care Workers*”. Recuperado de: http://www.jaccw.or.jp/home/index_en.php
- UNPD (División de Población de Naciones Unidas). 2019. “*World Population Prospects 2019*”. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Probabilistic/Population/>.
- UNFPA (Fondo de Población de Naciones Unidas). “*Maternal deaths will increase by 40% due to the pandemic if the health system does not recover*”. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/en/news/maternal-deaths-will-increase-40-due-pandemic-if-health-system-does-not-recover>
- Valentijn, P. P., S. M. Schepman, W. Opheij y M. A. Bruijnzeels. 2013. “*Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*”. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). Disponible en: <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- Valenzuela, M. T., C. Rodríguez, D. González, M. Ureta, del P., A. Glasinovic, R. Guzmán, I. Pérez, Y. Feferholtz y P. San Martín. 2021. “Short-run effectiveness of multidimensional programs to prevent dependency in older adults: results from an intervention in Chile’s day centers”. Documento inédito.**
- Van den Berg, B. y A. Ferrer-I-Carbonell. 2007. “*Monetary valuation of informal care: the well-being valuation method*”. *Health Economics*. 16(22): 1227-1244. Disponible en: 10.1002/hec.1224
- Van Leeuwen, K. M., M. S. Van Loon, F. A. Van Nes, J. E. Bosmans, H. C. De Vet, J. C. Ket y R. W. Ostelo. 2019. “*What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis*”. *PLoS one*, 14(3), e0213263.



- Wang, H., K. M. Abbas, M. Abbasifard, M. Abbasi-Kangevari, H. Abbastabar, F. Abd-Allah, A. Abdelalim, H. Abolhassani, L. G. Abreu, M. R. M. Abrigo, A. I. Abushouk, M. Adabi, T. Adair, O. M. Adebayo, I. A. Adedeji, V. Adekanmbi, A. M. Adeoye, O. O. Adetokunboh, S. M. Advani y C. J. L. Murray. 2020 “*Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (Hale), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*”. *The Lancet*, 396(10258), 1160-1203. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30977-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30977-6)
- Weil, D. N. 2014. “*Health and Economic Growth*.” En *Handbook of Economic Growth* (Vol. 2, pp. 623–682). Elsevier B. V. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53540-5.00003-3>
- Wilkinson, R. y M. Marmot. 2003. “*Social determinants of health: the solid facts*”. Segunda edición. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326568>
- Wilson, T., J. Temple y E. Charles-Edwards. “*Will the COVID-19 pandemic affect population ageing in Australia?*”. *J Pop Research* (2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12546-021-09255-3>
- World Bank Independent Evaluation Group. 2018. “*Project performance assessment report. Oriental Republic of Uruguay*”. *Non-communicable diseases prevention project* (IBRD-74860). https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/reports/ppar_uruguayncdprevention.pdf
- World Values Survey Association (s. f.). “*World Values Survey - Wave six, country-pooled datafile version*”. Disponible en: <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp> Consultado el 3 de mayo de 2022.
- Xu, K., A. Soucat, J. Kutzin, C. Brindley, N. Vande Maele, H. Toure, M. Aranguren García, D. Li, H. Barroy, G. Flores Saint-Germain, T. Roubal, C. Indikadahena y V. Cherilova. 2018. “*Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*”.



ENVEJECER
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES





Anexo 1

Metodología y datos

A. Evolución demográfica y crecimiento del PIB: datos

En la sección 1 utilizamos tres fuentes de datos: Perspectivas Demográficas 2019 de las Naciones Unidas; Banco Mundial; y Fondo Monetario Internacional.

Los datos sobre población provienen de las Perspectivas Demográficas 2019 de las Naciones Unidas para la región de América Latina y el Caribe. En el caso de esta región, las Naciones Unidas incluyen Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Granada, Guadalupe, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín (parte francesa), San Vicente y las Granadinas, San Martín (parte neerlandesa), Trinidad y Tobago, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Islas Malvinas, Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela.

En el caso de los últimos datos disponibles sobre el PIB per cápita, consultamos el total para América Latina y el Caribe en la base de datos del Banco Mundial. En el caso de esta región, el Banco Mundial incluye Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín (parte francesa), San Vicente y las Granadinas, San Martín (parte neerlandesa), Surinam, Trinidad y Tobago, Islas Turcas y Caicos, Uruguay, Venezuela e Islas Vírgenes.

En el total de países de renta alta, el Banco Mundial incluye: Andorra, Antigua y Barbuda, Aruba, Australia, Austria, Bahamas, Bahréin, Barbados, Bélgica, Bermudas, Islas Vírgenes Británicas, Brunéi Darussalam, Canadá, Islas Caimán, Islas del Canal, Chile, Croacia, Curazao, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Islas Feroe, Finlandia, Francia, Polinesia Francesa, Alemania, Gibraltar, Grecia, Groenlandia, Guam, Hong Kong, China, Hungría, Irlanda, Islandia, Isla de Man, Israel, Italia, Japón, República de Corea, España, Kuwait, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, RAE de Macao, China, Malta, Mónaco, Nauru, Países Bajos, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Islas Marianas del Norte, Noruega, Omán, Palau, Polonia, Portugal, Puerto Rico, Qatar, San Marino, Arabia Saudí, Seychelles, Singapur, San Martín (parte neerlandesa), República Eslovaca, Eslovenia, España, San Cristóbal y Nieves, San Martín (parte francesa),



Suecia, Suiza, Taiwán, China, Trinidad y Tobago, Islas Turcas y Caicos, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido, Estados Unidos y Uruguay.

Los datos de crecimiento del PIB proceden del total del Fondo Monetario Internacional para América Latina y el Caribe. En el caso de esta región, el FMI incluye Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

B. Calidad de vida: datos y metodología

Para calcular el índice de calidad de vida utilizamos dos tipos de bases de datos: (1) un conjunto de encuestas de hogares armonizadas del BID para América Latina y el Caribe, y (2) datos de salud a nivel país procedentes de los datos de la Carga Mundial de Morbilidad del *Institute for Health Metrics and Evaluation*.

Para calcular el porcentaje de personas fuera de la pobreza mayores de 65 años, utilizamos los últimos datos de ingresos individuales disponibles procedentes de las encuestas de hogares del cuadro B.1. La última columna indica si incluimos ese país en los cálculos de la media regional de la sección 2.



CUADRO B.1 ENCUESTAS DE HOGARES Y TRABAJO UTILIZADAS PARA CALCULAR EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

País	Fuente	Año	Incluido en el promedio de la región
Argentina	Encuesta Permanente de Hogares (EPH)	2019	Sí
Bolivia	Encuesta de Hogares	2019	Sí
Brasil	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)	2019	Sí
Chile	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)	2017	Sí
Colombia	Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)	2019	Sí
Costa Rica	Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)	2019	Sí
República Dominicana	Encuesta Nacional de Fuerza de Trabajo (ENFT)	2019	Sí
Ecuador	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)	2019	Sí
Guatemala	Encuesta Nacional de Empleo e Ingresos (ENEI)	2019	Sí
Guyana	Labor Force Survey (LFS)	2019	No
Honduras	Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples (EPHPM)	2019	Sí
México	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de Hogares (ENIGH)	2018	Sí
Nicaragua	Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición de Nivel de Vida (EMNV)	2014	No
Panamá	Encuesta Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)	2019	Sí
Paraguay	Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC)	2019	Sí
Perú	Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)	2017	Sí
El Salvador	Encuesta Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)	2019	Sí
Surinam	Encuesta de condiciones de vida (Surinam)	2017	No
Uruguay	Encuesta Continua de Hogares (ECH)	2019	Sí
Venezuela	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	2019	No

Calculamos las tasas de pobreza con el límite de pobreza internacional de 5 USD al día (paridad de poder adquisitivo del 2011). Para comprobar la solidez de los resultados, también calculamos: (i) el índice con el ingreso familiar per cápita en lugar del ingreso individual; (ii) el índice con el límite de renta de clase media de 12,4 USD al día (paridad de poder adquisitivo del 2011). El recuadro B.1 contiene los resultados de este análisis de robustez.

Los datos sobre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable a los 65 años se basan en los datos reportados para personas de 65 a 69 años. En este informe, utilizamos los datos sobre la esperanza de vida saludable a los 65 años expresados en años publicados por el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (en lugar de los de la Organización Mundial de la Salud o de las Naciones Unidas, porque las proyecciones del Instituto también toman en cuenta el efecto de las variables socioeconómicas y epidemiológicas; véase en el recuadro B.2 una explicación más detallada).



En el cuadro B.2 se muestran los valores, por país y por sexo, de cada variable utilizada para calcular el índice de calidad de vida, junto con el resultado del índice.

CUADRO B.2 TASAS DE POBREZA, ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE E ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA, POR PAÍS, 2019

País	Tasa de pobreza a partir de los 65 años						Esperanza de vida saludable a los 65 años (C)			Índice de calidad de vida (1-A)*C		
	Ingresos individuales (A)			Ingreso familiar per cápita (B)			Total	Hombres	Women	Total	Hombres	Mujeres
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres						
Argentina	0,15	0,17	0,14	0,05	0,05	0,04	13,3	12	14,4	11,3	10	12,5
Bahamas							13,5	12,5	14,4			
Belice							13,4	12,9	13,9			
Bolivia	0,37	0,23	0,5	0,2	0,2	0,2	11,4	11,2	11,6	7,2	8,6	5,8
Brasil	0,08	0,04	0,11	0,04	0,04	0,04	13,9	12,8	14,8	12,8	12,4	13,1
Barbados							13,6	13,4	13,8			
Chile	0,07	0,03	0,1	0,04	0,04	0,04	14,6	13,7	15,3	13,5	13,3	13,8
Colombia	0,46	0,36	0,54	0,27	0,29	0,25	15,9	15,2	16,6	8,6	9,7	7,7
Costa Rica	0,22	0,11	0,3	0,1	0,11	0,09	15,1	14,1	16	11,9	12,5	11,3
República Dominicana	0,25	0,24	0,25	0,13	0,14	0,13	13,4	12,4	14,4	10,1	9,4	10,8
Ecuador	0,28	0,17	0,38	0,18	0,19	0,17	13,8	13,3	14,3	9,9	11	8,8
Guatemala	0,63	0,49	0,77	0,52	0,53	0,51	12,7	12,3	13,2	4,7	6,3	3
Guyana	0,12	0,13	0,11	0,32	0,29	0,34	10,6	9,7	11,4	9,3	8,4	10,1
Honduras	0,78	0,74	0,82	0,59	0,6	0,57	11,2	10,8	11,6	2,5	2,8	2,1
Haití							10,1	10,1	10,1			
Jamaica							13,8	12,7	14,9			
México	0,42	0,28	0,53	0,26	0,26	0,26	13,3	12,7	13,8	7,7	9,1	6,4
Nicaragua	0,82	0,71	0,91	0,59	0,61	0,57	12,2	11,1	13,3	2,2	3,2	1,1
Panamá	0,12	0,08	0,16	0,09	0,1	0,09	15,7	14,8	16,6	13,7	13,6	13,9
Perú	0,37	0,24	0,48	0,19	0,19	0,2	15,9	15,5	16,2	10	11,7	8,5
Paraguay	0,26	0,2	0,31	0,21	0,23	0,19	14	12,9	15	10,4	10,3	10,4
El Salvador	0,45	0,42	0,48	0,27	0,29	0,25	14,1	13	15	7,7	7,6	7,7
Surinam	0,57	0,53	0,6	0,5	0,49	0,51	12,7	11,6	13,7	5,4	5,5	5,4
Trinidad y Tobago							13,5	12,5	14,5			
Uruguay	0,06	0,02	0,1	0,01	0,01	0,01	13,8	12,3	15	12,9	12	13,6
Venezuela	0,91	0,89	0,92	0,94	0,93	0,94	13,6	12,4	14,7	1,3	1,4	1,2

Fuente: Elaboración propia con base en (i) datos sobre la esperanza de vida ajustada a la salud del Institute for Health Metrics and Evaluation, datos de Carga Global de Enfermedades; (ii) datos sobre la pobreza en las personas mayores de las Encuestas de Hogares Armonizadas del Banco Interamericano de Desarrollo.
Notas: La esperanza de vida saludable a los 65 años es el dato reportado para las personas de 65-69 años. La tasa de pobreza es el porcentaje de personas cuyos ingresos individuales diarios son inferiores a 5 USD (paridad de poder adquisitivo de 2011). Se excluyen los países con datos de 2016 y anteriores: Belice (2007), Haití (2012), Jamaica (2014), Nicaragua (2014), Bahamas (2014), Trinidad y Tobago (2015), y Barbados (2016).

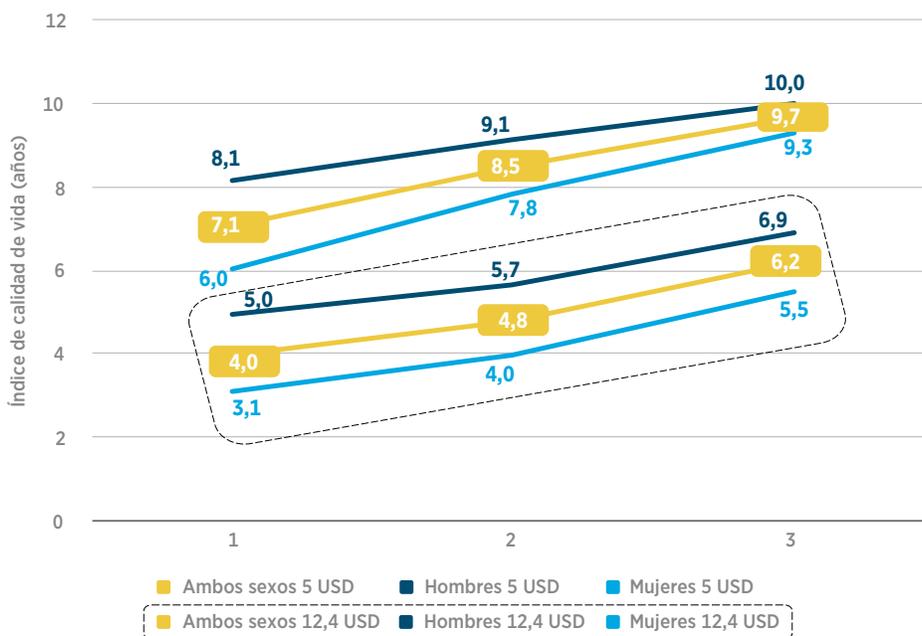


RECUADRO B.1 ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA CON DIFERENTES MEDIDAS DE RENTA Y LÍMITES DE POBREZA

El índice de calidad de vida puede calcularse con diferentes definiciones de ingresos y límites de pobreza. En el gráfico B.1.A se muestra que las tendencias regionales son robustas al utilizar diferentes límites de pobreza (5 USD, paridad de poder adquisitivo, o 12,4 USD, paridad de poder adquisitivo, per cápita al día). En ambos casos, la región muestra un progreso importante en las dos últimas décadas.

Cuando se utiliza el ingreso familiar per cápita en lugar del ingreso individual (compárese el gráfico B.1.B que aparece a continuación con el gráfico 2.3 del texto principal), las mujeres obtienen mejores resultados porque tienen un ingreso individual más bajo durante la vejez que los hombres, y la agrupación de ingresos en el hogar reduce esta diferencia. En este informe nos centramos en los ingresos individuales porque consideramos que reflejan mejor las diferencias de género (en cuanto a la agencia, la independencia financiera y el bienestar) que deben ser abordadas por las políticas de protección social.

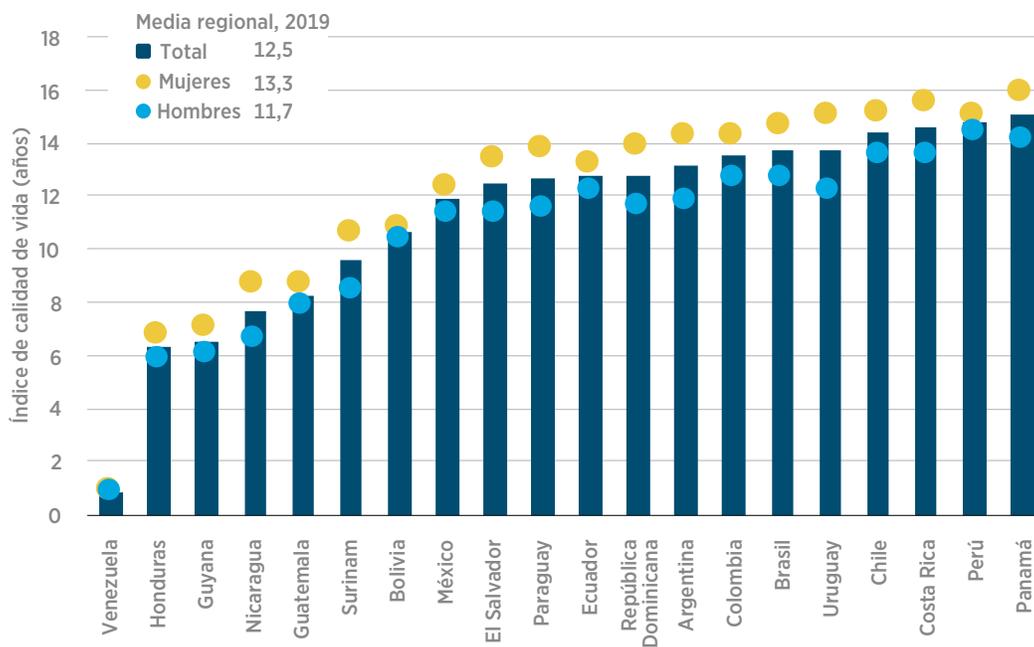
GRÁFICO B.1.A COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA CON DIFERENTES LÍMITES DE INGRESO INDIVIDUAL, 2019



Fuentes: Véase gráfico 2.1.



GRÁFICO B.1.B. ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA CON EL INGRESO FAMILIAR PER CÁPITA (LÍNEA DE POBREZA 5 USD AL DÍA)



Fuentes: Véase el gráfico 2.1.1.



RECUADRO B.2 DIFERENCIAS EN LAS ESTIMACIONES DE LA ESPERANZA DE VIDA ENTRE LAS NACIONES UNIDAS, LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y EL INSTITUTO PARA LA MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA SALUD

Las estimaciones de la esperanza de vida son comunes en los análisis de salud pública y en los sistemas de información. Los principales productores de estas estadísticas –las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y el *Institute for Health Metrics and Evaluation*– utilizan diferentes fuentes de datos y enfoques para corregir la información y los datos faltantes de los registros de defunción.

La Organización Mundial de la Salud calcula las tasas de mortalidad por edad utilizando los registros de defunción, por edad y sexo, y la población censada. Para garantizar la coherencia entre las tablas de vida de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud, esta última también utiliza las estimaciones de población elaboradas por la División de Población de las Naciones Unidas en 2019; los datos de defunciones y registros comunicados a la Organización Mundial de la Salud por los Estados miembros; las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años elaboradas por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil; las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la mortalidad por VIH en los países con alta prevalencia de VIH; y las estimaciones de mortalidad del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad del 2019. La Organización Mundial de la Salud utiliza las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud/ONUSIDA de las Naciones Unidas y de la Carga Mundial de Morbilidad sobre la mortalidad cuando no se dispone de datos actuales de los archivos vitales. Solo 77 de 198 países tienen un sistema de registro civil con datos que abarcan al menos 22 años desde 1990. En el caso de los países sin registros civiles completos, la Organización Mundial de la Salud utiliza las estimaciones del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil para niños menores de 15 años, y la tabla de vida modelo elaborada por el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad para los adultos (OMS, 2020c).

Del mismo modo, las Naciones Unidas se basan en los registros civiles y en los recuentos de población de los censos para calcular las tasas de mortalidad por edad. En el caso de los países con datos incompletos sobre la categoría de edad, estima la mortalidad utilizando datos de sistemas subnacionales de registros civiles, censos o encuestas demográficas y encuestas de hogares. Además, utiliza estimaciones y proyecciones sobre la población para ajustar estas estimaciones (ONU, 2007; ONU, 2013).

El *Institute for Health Metrics and Evaluation* también reúne datos de los sistemas nacionales de registros civiles, censos, y encuestas demográficas y de hogares. Sin embargo, a diferencia de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, el *Institute for Health Metrics and Evaluation* realiza sus estimaciones de población a partir de datos censales y de registros de población. También estima las tasas de mortalidad para cada grupo de edad y sexo



utilizando una combinación de modelos lineales de efectos mixtos y otros métodos para captar el nivel relacionado de las condiciones sociales, económicas y demográficas (es decir, la renta per cápita, el promedio de años de escolarización y la tasa total de fecundidad en mujeres menores de 25 años) con las tendencias de mortalidad (Wang et al., 2020).

En este informe, utilizamos los datos sobre la esperanza de vida saludable a los 65 años expresados en años publicados por el *Institute for Health Metrics and Evaluation* porque sus proyecciones se basan en variables socioeconómicas y epidemiológicas que son clave para vivir con buena salud y un componente primario de nuestra medida de calidad de vida. Sin embargo, hay discrepancias notables entre los datos del *Institute for Health Metrics and Evaluation*, la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas sobre la esperanza de vida al nacer. En 2019, las estimaciones del *Institute for Health Metrics and Evaluation* arrojaron resultados desde 2,9 años menos hasta 3,8 años más que las cifras de las Naciones Unidas para los países de la región. La diferencia promedio es de 1,4 años, y cinco países presentan una diferencia superior a dos años. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud presentan discrepancias similares a las de las Naciones Unidas, oscilando entre 4,0 años menos y 3,5 años más, con una diferencia promedio de 1,5 años y cuatro países con una diferencia superior a dos años.



C. Pensiones: datos y metodología

Cobertura y calidad

Los datos para calcular la cobertura de las pensiones y las tasas de reemplazo proceden de las bases de datos de las encuestas de hogares presentadas en la sección B de este anexo. Definimos la cobertura como el porcentaje de adultos mayores de 65 años que reciben algún tipo de pensión, ya sea contributiva o no contributiva.

Las tasas de reemplazo (RR), nuestro indicador de calidad, se definen como el índice entre el valor promedio de las pensiones de los jubilados de 65 a 69 años (P) y el salario medio de los trabajadores de 50 a 64 años (I_{50-64}), como aproximación a los ingresos previos a la jubilación. La ecuación es:

$$RR = \frac{P}{I_{50-64}}$$

Sostenibilidad de las pensiones

Proyectamos el gasto en pensiones (PE) como un porcentaje del PIB de cada país hasta el año 2050. Siguiendo la metodología de Figliuoli et al. (2018), el gasto en pensiones es producto de cuatro indicadores: la tasa de dependencia de las personas mayores (DR), definida como la relación entre la población mayor de 64 años y la población de 15 a 64 años; la tasa de elegibilidad (ER), medida como la relación entre los pensionistas y todos los adultos mayores de 65 años; la tasa de reemplazo (RR); y la inversa de la tasa de empleo (IER), definida como la relación entre la población en edad laboral y los empleados. Con esta definición, y según Clements et al. (2016), la variación del gasto en pensiones del año t-1 al año t puede expresarse como:

$$PE(\%GDP)_t = PE(\%GDP)_{t-1} * \left(\frac{DR_t}{DR_{t-1}}\right) * \left(\frac{ER_t}{ER_{t-1}}\right) * \left(\frac{RR_t}{RR_{t-1}}\right) * \left(\frac{IER_t}{IER_{t-1}}\right)$$

Estamos interesados principalmente en el impacto de la demografía en el gasto en pensiones, por lo que en nuestras estimaciones básicas presumimos que la tasa de elegibilidad, las tasas de reemplazo y la inversa de la tasa de empleo no cambian a lo largo del tiempo, de manera que los cambios en el gasto en pensiones se deben principalmente a los cambios en la tasa de dependencia de las personas mayores.



D. Atención médica: datos y metodología

Estado de salud

A partir de los datos de la de la Carga Mundial de Enfermedades del *Institute for Health Metrics and Evaluation*, calculamos la esperanza de vida y la esperanza de vida ajustada a la salud de las personas mayores de 65 años. Además, calculamos los años vividos con discapacidad y la prevalencia de enfermedades en personas mayores de 65 años, por causa y factores de riesgo, y por país.

Tres países de la región cuentan con encuestas que pueden utilizarse para calcular el porcentaje de individuos que fuman, realizan actividad física y cumplen con el número mínimo de porciones de frutas y verduras al día establecido por la Organización Mundial de la Salud: la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina (2018); el Estudio Brasileño Longitudinal del Envejecimiento en Brasil (2016), y el Estudio Nacional sobre Discapacidad en Costa Rica (2018). Para informar sobre las estadísticas sobre conductas de riesgo para la salud de la sección 2.4.2, creamos una variable dicotómica basada en las respuestas informadas por el propio individuo. Calculamos el porcentaje de personas que actualmente fuma a diario sobre el total de personas que actualmente fuma. El porcentaje de actividad física incluye tanto actividades de alta como de baja intensidad, como caminar 10 minutos al día.



Cuadros adicionales, sección 2.4

CUADRO D.1 PREVALENCIA DE ENFERMEDADES (POR CADA 100,000 PERSONAS) EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, POR CAUSA, 2010-2019

	Prevalencia			Años de vida con discapacidad			Años de vida con discapacidad/prevalencia		
	2010	2019	%Δ	2010	2019	%Δ	2010	2019	%Δ
Enfermedades cardiovasculares	28.530	28.051	-1,7	1.572	1.530	-2,6	5.509	5.455	-1,0
Enfermedades crónicas respiratorias	15.074	14.711	-2,4	619	653	5,4	4.109	4.436	8,0
Diabetes y enfermedades renales	49.665	52.348	5,4	3.272	3.573	9,2	6.589	6.826	3,6
Enfermedades del tracto digestivo	60.817	60.765	-0,1	614	587	-4,3	1.009	966	-4,3
Trastornos mentales	14.690	14.304	-2,6	1.973	1.917	-2,9	13.433	13.398	-0,3
Trastornos musculoesqueléticos	51.020	51.932	1,8	4.325	4.439	2,6	8.477	8.549	0,8
Tumores	15.328	15.143	-1,2	383	402	5,0	2.499	2.655	6,3
Trastornos neurológicos	37.586	38.304	1,9	1.583	1.640	3,6	4.212	4.281	1,6
Otras enfermedades no transmisibles	80.651	80.742	0,1	2.270	2.284	0,6	2.814	2.829	0,5
Enfermedades de los órganos de los sentidos	78.323	76.331	-2,5	4.374	4.132	-5,5	5.585	5.413	-3,1
Enfermedades cutáneas y subcutáneas	48.784	49.058	0,6	611	613	0,4	1.253	1.250	-0,2
Trastornos por consumo de sustancias	2.035	2.001	-1,7	229	228	-0,6	11.248	11.374	1,1
Total de enfermedades no transmisibles	99.932	99.930	0,0	21.825	21.998	0,8	21.840	22.013	0,8

Fuente: Elaboración propia con base en la Herramienta Global Carga Mundial de Enfermedades del *Institute for Health Metrics and Evaluation*, consultada en diciembre del 2020.

CUADRO D.2 FACTORES DE RIESGO POR PAÍS Y GRUPO DE EDAD (%)

	Fuma actualmente	Fuma a diario	Bebe actualmente	Número medio de porciones al día		Practica una actividad física
				Frutas	Verduras	
Argentina						
50-60	23,7	82,8	13,1	4,6	1,4	55,8
60-70	18,3	83,2	11	4,6	1,4	63,6
70-80	9,5	86,8	10,4	4,7	1,4	70,7
80+	3,3	79,6	7,6	4,8	1,3	78,5
Brasil						
50-60	21,4	-	-	1,47	3,72	26,3
60-70	16	-	-	1,53	3,66	25,8
70-80	9,9	-	-	1,45	3,42	19,6
80+	5	-	-	1,49	3,35	10,5
Costa Rica						
50-60	8,7	-	29,6	-	-	19,4
60-70	7,8	-	33,4	-	-	19,3
70-80	-	-	-	-	-	-
80+	-	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina (2018), el Estudio Brasileño Longitudinal del Envejecimiento en Brasil (2016) y el Estudio Nacional sobre Discapacidad en Costa Rica (2018).

Nota: Los resultados deben interpretarse con precaución, ya que cada país tiene una definición diferente del consumo de alcohol y tabaco, de los hábitos alimenticios y de la actividad física.



Acceso y calidad de los servicios de salud

A partir de los datos de la Organización Mundial de la Salud y del *Institute for Health Metrics and Evaluation*, analizamos el índice de cobertura universal de salud para 2017 y el índice de calidad y acceso a la atención médica para cada país de la región. Ninguna de estas fuentes desglosa los datos por grupos de edad. El índice de calidad y acceso a la atención médica mide el acceso y la calidad de la atención médica en 195 países de 32 enfermedades. Para calcular el índice, los autores seleccionaron primero 32 afecciones basadas en la lista de Nolte y McKee (2003) de causas de muerte que pueden prevenirse con una atención médica de calidad. En segundo lugar, calcularon las tasas de mortalidad estandarizadas por riesgo de las causas no relacionadas con el cáncer, y las relaciones entre mortalidad e incidencia en el caso de los cánceres, con el fin de eliminar el efecto conjunto del riesgo conductual y ambiental. En tercer lugar, estandarizaron las tasas de mortalidad por edad y les asignaron una puntuación de 0 a 100 para los distintos lugares. Por último, utilizaron el análisis de componentes principales para calcular el Índice de calidad y acceso a la atención médica (Fullman et al., 2018). Por lo tanto, este índice refleja el desempeño del sistema de salud para llegar a las personas que necesitan acceso y proporcionar una atención de calidad (en términos de impacto).

Además, cinco países de la región cuentan con encuestas con información sobre el acceso a los tratamientos para la hipertensión y la diabetes de las personas mayores de 65 años: la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina (2018), el Estudio Brasileño Longitudinal del Envejecimiento en Brasil (2016), el Estudio Nacional sobre Discapacidad en Costa Rica (2018), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (2018), y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en Perú (2018). Cada encuesta formula las preguntas de manera diferente. Argentina, Brasil y México son los únicos países en los que la encuesta incluye mediciones antropométricas y bioquímicas. Para presentar la información del gráfico 3.9, primero identificamos a los individuos con hipertensión y diabetes en la encuesta. En México, las personas son clasificadas como hipertensas si su presión sistólica es superior a 140 mmHg y/o su presión diastólica es superior a 90 mmHg y/o si informan estar en tratamiento para la hipertensión. Las personas se clasifican como diabéticas si informan de niveles de glucosa en la sangre superiores a 126 mg/dl y/o informan que reciben tratamiento para la diabetes. En el caso de Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú, identificamos a los individuos a partir de las respuestas proporcionadas por los entrevistados. A continuación, creamos una variable dicotómica que indica si una persona con hipertensión y diabetes estaba recibiendo tratamiento antes de la encuesta, incluidos medicamentos e insulina en el caso de los pacientes diabéticos.



Cuadros adicionales, sección 3.2

CUADRO D.3 PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS CON HIPERTENSIÓN Y DIABETES QUE RECIBEN TRATAMIENTO, POR GÉNERO (%)

	Grupo de edad	Hipertensión		Diabetes	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Argentina	50-64	65,2	66,7	67,5	66,6
	65-79	77,5	80,4	71,4	71,0
	80+	82,1	84,4	65,2	74,0
Brasil	50-64	79,5	89,6	93,2	92,9
	65-79	90,0	95,4	93,0	93,8
	80+	88,2	97,2	92,8	95,4
Costa Rica	50-64	89,7	95,6	89,6	95,1
	65-79	96,3	98,3	95,0	96,2
	80+	99,1	99,8	95,5	99,0
México	50-64	69,3	71,5	97,2	97,6
	65-79	66,2	59,6	98,0	98,4
	80+	73,7	57,8	98,7	99,0
Perú	50-64	62,5	69,9	70,6	89,8
	65-79	84,1	80,9	82,5	82,8
	80+	87,8	91,6	96,4	67,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en Argentina (2018), el Estudio Brasileño Longitudinal del Envejecimiento en Brasil (2016), Estudio Nacional sobre Discapacidad en Costa Rica (2018), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (2018), y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en Perú (2018).

Notas: Los resultados deben interpretarse con precaución, ya que cada país tiene una definición diferente de la accesibilidad a los tratamientos para cada enfermedad. Se considera que las personas tienen acceso a un tratamiento para controlar la hipertensión, la diabetes y el colesterol si afirman haber recibido tratamiento la semana anterior a la encuesta. Los porcentajes se calcularon a partir del número total de personas del grupo de edad que afirmaron padecer hipertensión o diabetes o que tienen medidas físicas que indican esas enfermedades.



Sostenibilidad de los servicios de salud

Nuestras proyecciones de gasto en salud para la región se basan en Rao et al. (2022) y utilizan las tendencias de crecimiento de la población, envejecimiento, prevalencia de enfermedades y factores de riesgo asociados, y el exceso de inflación médica.⁵³ Proyectamos el gasto actual en salud (CHE)⁵⁴ a nivel de grupo de edad (j), grupo de enfermedad (k), y año (t) utilizando la ecuación:

$$CHE_t = \sum_j^1 \sum_k^1 S_{tj} * p_{tjk} * \phi_{tjk} * CHE_{t-1jk}$$

Donde S_{tj} es el cambio relativo en el tamaño de la población con base en los datos de proyección de población de las Naciones Unidas; p_{tjk} es el cambio relativo en la prevalencia de la enfermedad k a partir de los datos de la Carga Mundial de Enfermedades del *Institute for Health Metrics and Evaluation*; ϕ_{tjk} es el exceso de inflación médica anual, calculado como la suma de la contribución del crecimiento económico al gasto en salud y el factor residual⁵⁵ (es decir, los precios médicos, las nuevas tecnologías, la intensidad del uso de los servicios médicos, la cobertura de los servicios de salud). Para el 2020, el exceso de inflación médica se fijó en cero para todos los países a fin de tomar en cuenta el impacto del COVID-19 y el crecimiento económico negativo. CHE_{t-1jk} es el gasto actual en salud (respecto al año anterior) por enfermedad k en el grupo de edad j . Se reunieron datos de gasto actual en salud por edad y grupo de enfermedades de siete países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Perú, y Trinidad y Tobago. Las fuentes de datos variaron entre los países e incluyeron los gastos en salud informados a las Cuentas Nacionales de Salud de la Organización Mundial de la Salud, las encuestas de hogares (por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México y la Encuesta Nacional de Hogares en Perú) y los datos administrativos (por ejemplo, los gastos de los pacientes internos y externos de DATASUS y SIASUS en Brasil). Para extrapolar el gasto actual en salud a nivel de edad y enfermedad a los otros 19 países de la región, Rao et al. (2022) agruparon los países según el gasto en salud per cápita y utilizaron los siete países con datos primarios como perfiles de gasto de referencia para el resto del grupo. Estas agrupaciones de países solo se utilizaron para estimar la distribución del gasto actual en salud entre los grupos de edad y enfermedades. Otros factores, como el PIB y el crecimiento de la población, fueron específicos de cada país.

53. El exceso de inflación médica se refiere a una serie de factores que provocan un mayor gasto en atención médica pero que son difíciles de desglosar, como el descubrimiento de nuevos tratamientos y tecnologías, el aumento de los precios de los insumos, el incremento de los salarios de los profesionales médicos, los cambios en la productividad (menor o mayor) y los cambios en la intermediación financiera.

54. El gasto actual en salud incluye todo el gasto nacional en salud, excepto la formación bruta de capital. Equivale a lo que se describe como gasto en salud total en la mayoría de los análisis de los sistemas de salud.

55. El factor residual se estima como el crecimiento del gasto total en salud menos las contribuciones del cambio demográfico, la prevalencia de enfermedades y el crecimiento económico.



E. Atención a la dependencia: datos y metodología

Prevalencia de dependencia funcional

Los datos sobre dependencia funcional de la sección 2.5 se tomaron de Aranco et al. (2022), que estima la prevalencia de la dependencia funcional en 26 países de América Latina y el Caribe. En el caso de los países que disponen de datos de encuestas sobre dependencia funcional, la prevalencia es el porcentaje de personas mayores de 65 años que afirman tener dificultades (o necesitar ayuda) con al menos una actividad básica de la vida diaria. En el caso de los países que no disponen de datos de encuestas, la prevalencia se predice en función de la edad, el sexo, y el perfil epidemiológico de la población de edad avanzada, utilizando coeficientes estimados a partir de los datos de las encuestas de otros países (para más detalles, véase Aranco et al., 2022).

Cobertura y calidad de la atención a la dependencia

Fuentes de datos

La región dispone de muy pocos datos sobre la cobertura y la calidad de los servicios de atención a la dependencia. Para la sección 3.3, nos basamos en una combinación de información oficial (en los pocos casos en que se encontraba disponible), informes y artículos de fuentes fiables, y una serie de estudios de caso del Banco Interamericano de Desarrollo sobre Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana, Jamaica, México y Uruguay (Oliveri, 2020; Aranco et al., 2022; Molina et al., 2020; Flórez et al., 2019; Medellín et al., 2019; Forttes, 2020; Redondo, 2021; Ashby-Mitchell et al., 2022; López-Ortega y Aranco, 2019; Aranco y Sorio, 2019).

Complementamos esa información con 42 entrevistas, que abarcan 17 países, con expertos del gobierno, áreas de geriatría o gerontología, y la sociedad civil. Cuando las respuestas de los encuestados de un país difirieron, utilizamos la respuesta más frecuente. Siempre que fue posible, se cotejaron las respuestas de los interesados con datos oficiales e información publicada. Los países en los que solo se disponía de una respuesta se consideraron valores perdidos. Hicimos la misma presuposición en el caso de los países en los que solo se disponía de dos respuestas contradictorias y no se encontró ninguna otra fuente de información. Tras estos ajustes, utilizamos los datos de 36 entrevistas, que representan 12 países. En el cuadro E.1 se ofrece un resumen del número de entrevistas por país y área de especialización de los entrevistados.



CUADRO E.1 ENTREVISTAS A EXPERTOS: NÚMERO DE RESPUESTAS POR PAÍS

País	Encuestados en geriatría	Encuestados del gobierno	Encuestados de organizaciones de la sociedad civil	Total
Argentina	2	2		4
Bahamas	1	1	1	3
Barbados	1		1	2
Belice	1	1	1	3
Brasil	1	2	1	4
Chile	1	2	1	4
Colombia	1	1	2	4
Costa Rica		1	1	2
Guyana		1		1
Jamaica	1		1	2
México	1	1		2
Perú	1	2		3
Uruguay	1		1	2
Total	14	16	12	42

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas entre enero de 2021 y junio de 2021.

Estimación de las tasas de cobertura

Siguiendo la definición establecida en la sección 3.3, definimos la tasa de cobertura de los servicios públicos de atención a la dependencia como:

$$[5] \text{ Tasa de cobertura LTC} = \frac{\text{Número de dependientes 65+receptores de servicios públicos}}{\text{Número de dependientes 65+}}$$

donde el numerador representa el número de personas mayores de 65 años con dependencia que reciben servicios de cuidados de larga duración financiados con fondos públicos y el denominador es el número de personas del mismo grupo de edad que viven en situación de dependencia funcional (dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria).

Sin embargo, debido a la disponibilidad de datos, es necesario hacer una serie de presunciones para calcular esta proporción. En primer lugar, no se dispone de datos sobre el número de personas que reciben servicios gubernamentales financiados con fondos públicos clasificados por edad y nivel de dependencia. Esto se debe, en parte, a que muchos países no cuentan con normas claras sobre quién tiene derecho a las prestaciones (como se explica en la sección 3.3). A excepción de Uruguay, los países no disponían de ningún dato o solo contaban con datos totales sobre el número de usuarios, sin



más información sobre sus características demográficas o de dependencia funcional. Para calcular la ecuación [5], se presupone que todos los usuarios tienen más de 65 años y son dependientes funcionales. Somos conscientes de que no siempre es así (algunos usuarios pueden ser más jóvenes y tener niveles de dependencia menores). Por lo tanto, la tasa de cobertura calculada con esta fórmula es una sobreestimación (ya que el numerador "real" es menor).

La segunda presunción está relacionada con la cronología de los datos. Los datos sobre el número de personas mayores que reciben servicios (numerador) y el número de personas mayores con dependencia funcional (denominador) por lo general son de años diferentes porque proceden de fuentes distintas. La presunción subyacente es que ni el numerador ni el denominador cambian sustancialmente en un período corto.

En el caso de ocho países (Bahamas, Belice, Brasil, Colombia, Jamaica, México, Perú y República Dominicana), basamos nuestra evaluación de la cobertura en una combinación de información cualitativa contenida en informes y documentos públicos e información proporcionada por las personas que realizaron la encuesta. En el caso de 12 países (Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, El Salvador, Surinam, Trinidad y Tobago, y Venezuela), no pudimos recopilar ninguna información fiable sobre la cobertura. En estos casos, presuponemos que la cobertura es muy baja, por debajo del límite del 5%.

Evaluación de los niveles de calidad

Analizamos la calidad de los servicios de atención a la dependencia por medio de la evaluación de la medida en que los servicios de cada país cumplen con ciertos criterios básicos de calidad, especificados en el cuadro 3.1. La evaluación es cualitativa y se basa en la información de los documentos disponibles públicamente y en las respuestas de los expertos del país. Pudimos completar esta información en 14 países. En el caso de los países sin información disponible, presuponemos que la calidad es muy baja.

Sostenibilidad de la atención a la dependencia

Fabiani et al. (2022) estiman el costo teórico de diferentes sistemas de servicios de atención a la dependencia en 17 países de América Latina y el Caribe. Si se presupone un nivel de cobertura del 50%, el costo en el 2020 varía entre el 0,3% del PIB en Argentina y el 1% en Bolivia. Para proyectar la sostenibilidad fiscal hasta el 2050, los autores utilizan las estimaciones de adultos con dependencia funcional de Aranco et al. (2022). En este estudio, la prevalencia de la dependencia funcional en personas mayores de 65 años está impulsada tanto por el aumento del número de personas mayores como por los cambios previstos en la estructura de edad y sexo de la población mayor. Se presupone que los costos unitarios de los servicios (por ejemplo, la tarifa por hora de un cuidador profesional) se mantienen constantes en términos reales.



F. Gasto actual y futuro en protección social

CUADRO F.1 GASTO ACTUAL Y FUTURO EN PENSIONES, SALUD (PRIVADA Y PÚBLICA) Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA, POR PAÍS, COMO PORCENTAJE DEL PIB (%)

País	Pensiones				Salud				Atención a la dependencia			
	2020	2030	2040	2050	2020	2030	2040	2050	2020	2030	2040	2050
Argentina	9,5	10,6	12,1	15	9,2	9,9	11	12,3	0,3	0,4	0,5	0,6
Bahamas	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	6,1	6,9	7,7	8,4	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)
Barbados	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	6,8	7,8	8,8	9,9	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)
Belize	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	6,2	7,4	9,1	11,4	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)
Bolivia	3,9	4,1	4,4	4,8	6,3	6,6	7,1	7,8	1,0	1,5	2,0	2,5
Brasil	9,8	14,2	19,2	26,2	9,7	10,9	12,4	13,9	0,4	0,6	0,9	1,2
Chile	2	2,8	3,7	4,4	9,3	10,3	11,7	13	0,5	0,6	0,9	1,2
Colombia	4,7	4,1	3,7	3,4	7,5	8	8,7	9,4	0,5	0,8	1,3	1,7
Costa Rica	4	6	7,9	10,2	7,4	7,9	8,7	9,6	0,6	1,0	1,4	1,8
República Dominicana	0,6	0,8	1,1	1,3	5,7	6,6	7,9	9,6	0,2	0,3	0,5	0,7
Ecuador	2,9	3,5	4,2	4,9	8,3	9	10,2	11,6	0,6	1,0	1,5	1,9
El Salvador	2,2	2,7	3,3	4,1	7,3	8,1	9,2	10,8	0,3	0,3	0,5	0,6
Guatemala	0,8	0,9	1,1	1,2	6,3	7,4	9	11,4	0,6	0,9	1,3	1,9
Guyana	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	4,7	4	3,4	2,8	0,3	0,6	0,8	0,9
Honduras	1,9	2,5	3,4	4,9	7,2	7,9	9,1	10,7	0,8	1,3	2,0	3,0
Jamaica	0,9	1,3	1,6	2,1	5,7	6,7	8	9,5	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)
México	3,6	4,8	6,9	9,3	5,6	6,3	7,3	8,3	0,5	0,8	1,2	1,6
Nicaragua	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	8,9	10,1	12,1	14,8	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)
Panamá	3	4	5,3	6,5	7,4	7,7	8,4	9,1	0,46	0,76	1,08	1,42
Paraguay	3	3,5	4,2	5,2	7,1	7,4	7,9	8,6	0,2	0,3	0,4	0,5
Perú	1,4	1,9	2,5	3,3	5	5,4	6,1	6,9	0,5	0,8	1,2	1,5
Surinam	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	7	7	7,1	7,2	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)
Trinidad y Tobago	4,5	6,2	7,1	9,5	6	7	8,5	10,2	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)	n.a ^(a)
Uruguay	8,8	10	11,4	13,1	8,7	8,8	9,3	10	0,4	0,5	0,5	0,6
Media regional	3,9	4,8	5,9	7,4	7,4	8,0	9,0	10,2	0,5	0,7	1,0	1,4

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social del Banco Interamericano de Desarrollo; Fondo Monetario Internacional, Base de Datos de Perspectivas Económicas Mundiales; OCDE, Datos de Pensiones y Gasto en Salud; Organización Mundial de la Salud, Estimaciones mundiales de salud; Naciones Unidas 2019; e institutos nacionales de estadística.

Notas: (a) Significa que no hay datos disponibles. El valor regional se calcula como una media no ponderada de los 16 países latinoamericanos que aparecen en el cuadro.



ENVEJECER
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROTECCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA
DE LAS PERSONAS MAYORES



