

Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica

Patricia Jara Maleš
Mauricio Matus-López
Alexander Chaverri-Carvajal

División de Protección Social y
Salud

NOTA TÉCNICA N°
IDB-TN-1878

Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica

Patricia Jara Maleš
Mauricio Matus-López
Alexander Chaverri-Carvajal

Febrero 2020

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Jara Maleš, Patricia.

Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en
Costa Rica / Patricia Jara Maleš, Mauricio Matus-López, Alexander Chaverri-Carvajal.
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 1878)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Services for-Costa Rica. 2. Older people-Care-Costa Rica. 3. Older
people-Government policy-Costa Rica. 4. Costa Rica-Social policy. I. Matus-López,
Mauricio. II. Chaverri-Carvajal, Alexander. III. Banco Interamericano de Desarrollo.
División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.
IDB-TN-1878

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

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

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

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



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/ProtecciónSocial

Tendencias y desafíos para conformar un sistema de cuidados de larga duración en Costa Rica

Patricia Jara Maleš, Mauricio Matus-López y Alexander Chaverri-Carvajal

Resumen

Costa Rica se cuenta entre los países latinoamericanos más avanzados en la transición demográfica y en las próximas décadas pasará a formar parte de las sociedades más envejecidas de la región de América Latina y el Caribe. Este país cuenta con una importante tradición en el desarrollo de políticas de bienestar social y en materia de envejecimiento no constituye una excepción. Los destacados avances en la atención de las personas mayores en el sistema de salud, además de la creación de una Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, son importantes precedentes para avanzar en la conformación de un nuevo pilar de su sistema de protección social. Este documento reflexiona sobre las implicaciones de las transformaciones sociodemográficas y epidemiológicas de Costa Rica a la luz de la experiencia de otros países que han avanzado en la atención sistemática a la dependencia y en el apoyo a los cuidados. Junto a ello identifica las bases más importantes para proyectar una política de este tipo.

Clasificación JEL: J14, J18, H5.

Palabras clave: envejecimiento, dependencia, adultos mayores, cuidados, modelos, América Latina y Caribe, Costa Rica.

Contenido

PRESENTACIÓN	3
CAPÍTULO 1. TENDENCIAS INTERNACIONALES EN MATERIA DE CUIDADOS.....	7
1.1 Cuidados de larga duración y servicios de atención a la dependencia.....	7
Personas beneficiarias y servicios de cuidados de larga duración	8
Costo de los sistemas nacionales	9
1.2 Presentación de casos: Países Bajos, Francia, España y Corea del Sur	10
El modelo de los Países Bajos	11
El modelo de Francia.....	12
El modelo de España.....	13
El modelo de Corea del Sur	15
1.3 Tendencias de las reformas recientes	16
CAPÍTULO 2. CLAVES PARA SITUAR LA DISCUSIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN COSTA RICA	18
2.1 Tendencias poblacionales con implicaciones para el cuidado	18
Las curvas del envejecimiento poblacional	18
La protección social en la vejez.....	22
Cambios en el tamaño de los hogares	23
Migración de las mujeres desde el trabajo doméstico no remunerado al mercado laboral.....	24
2.2 Bases para la ampliación de la matriz de protección social del país, con énfasis en atención a la dependencia.	26
Cuidados formales para personas mayores.....	26
Cuidados formales para personas con discapacidad.....	27
Los cuidados informales	28
CAPÍTULO 3. POR DÓNDE AVANZAR EN LA CONFORMACIÓN DE UNA POLÍTICA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN COSTA RICA.....	30
Definición de personas beneficiarias.....	30
Propuesta de servicios de apoyo al cuidado	31
Gestión y coordinación	32
Financiamiento	33
MENSAJES FINALES	34
REFERENCIAS	36
LEGISLACIÓN Y DOCUMENTOS OFICIALES:	42

PRESENTACIÓN

Costa Rica es un país reconocido internacionalmente por haber logrado un sólido crecimiento económico y un alto nivel de bienestar poblacional, facilitado de manera importante por un acceso prácticamente universal a la educación, a la salud y a las pensiones. Con todo, todavía persisten importantes retos en materia de desarrollo social (OCDE, 2017). Aun cuando la pobreza, la desigualdad de ingresos y las brechas de género son bajas en comparación con la región de América Latina y el Caribe, estos indicadores están por encima de los que ostentan los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). A pesar de que sigue siendo un país de alto desarrollo humano, algunos indicadores sociales muestran un estancamiento prolongado. Con algunas reducciones importantes en pobreza, mantenimiento de niveles bajos de desempleo y aumento de la inversión social pública, incluso en un contexto de finanzas públicas debilitadas, los indicadores en salud y educación se han mantenido relativamente constantes (PEN, 2018). Desde el año 2016 el país se encuentra en un proceso de implementación de las medidas que le permitan lograr la membresía a la OCDE, un objetivo que sigue requiriendo superar los retos de corregir las desigualdades y mejorar la eficiencia del gasto.

El Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública de Costa Rica, para el período 2019-2022, es un ambicioso proyecto que, con miras a sostener los importantes logros acuñados durante varias décadas, mira al bicentenario de la independencia con la aspiración de consagrar una economía más sólida, con un crecimiento sostenible y sustentable, y con un sistema de bienestar social más inclusivo y solidario. Junto a la atención de áreas estratégicas como infraestructura, movilidad, ordenamiento y desarrollo territorial, innovación, competitividad y productividad, el Plan compromete esfuerzos importantes para las áreas relacionadas con el capital humano.

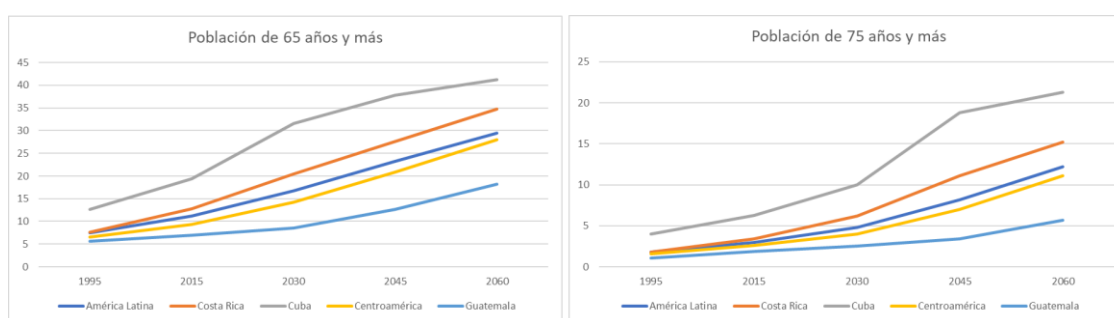
El objetivo de aumentar la cobertura y la calidad del sistema educativo se completa con unas líneas estratégicas relacionadas con la seguridad humana, con el propósito de garantizar los derechos de las personas para vivir dignamente en sus hogares, en entornos seguros, protectores e inclusivos, satisfaciendo las necesidades fundamentales que favorezcan su desarrollo humano, la reducción de la pobreza, la empleabilidad, y el fomento del deporte y de la cultura (MIDEPLAN, 2019). Bajo este concepto se estarán abordando temas críticos para el desarrollo de cualquier país como lo son la pobreza, el cuidado de la primera infancia, las migraciones, la seguridad ciudadana y el fomento de la cultura. En relación con el tema del envejecimiento, este repertorio amplio de acciones incluye el compromiso de incorporar a casi 30,000 personas adultas mayores a la red de servicios sociales a través de distintos programas y prestaciones¹.

El Plan también incluye un objetivo relacionado con la salud y la seguridad social que buscará mejorar las condiciones de vida de la población, permitiendo a los ciudadanos vivir más años libres de enfermedades y sin discapacidades, mediante el fomento de estilos de vida saludables y la ampliación de seguros relevantes para la protección social de las personas mayores. El fortalecimiento del seguro público de salud, uno de los baluartes más importantes de la política pública del país, es objeto de diversas líneas de acción, así como otras cuestiones relacionadas directamente con la mejora de los resultados en salud en la población, entre ellos, reducir la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles de 76 a 72 por cada 100 mil habitantes. Asimismo, el Plan incorpora acciones específicas de atención a la dependencia, como la ampliación de la modalidad domiciliaria en hospitales regionales y periféricos del país, incorporando una línea de monitoreo telemático de la salud (MIDEPLAN, 2019).

¹ El Plan Nacional de Desarrollo menciona explícitamente la necesidad de destinar recursos para solventar las necesidades fundamentales de las personas mayores en las diferentes áreas que resultan importantes para su bienestar. Por eso abarca acciones tan diversas como la facilitación de acceso a la vivienda para personas mayores y la creación de un Sistema Nacional de Atención Integral contra la Violencia de las Personas Adultas Mayores, que incluye la nueva línea de teleasistencia "Línea Dorada". Para alcanzar la meta de dar cobertura a 30,000 personas mayores con esta red de beneficios sociales del Estado, solo el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), la Junta de Protección Social (JPS) y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) estarán movilizand una inversión de 70 mil millones de colones (MIDEPLAN, 2019).

Dentro del conjunto de objetivos y metas del plan que establece las prioridades de política pública para este período llama la atención la presencia de indicadores como la incorporación de personas adultas mayores a la red de protección social o la contención de enfermedades crónicas de alta prevalencia. Costa Rica se cuenta entre los países latinoamericanos más avanzados en la transición demográfica junto con Chile y Cuba (Gráfico 1), al tener las tasas de fecundidad más bajas (menos de 1.8 hijos por mujer) y una esperanza de vida al nacer superior a los 80 años. Con este ritmo, se espera que en el año 2030 se iguale la proporción de personas menores de 15 años y las mayores de 60 años. En el quinquenio 2030-2035, Costa Rica pasará a formar parte del grupo de las sociedades superenvejecidas (aquellas en las que la proporción de personas mayores es superior al 20%) junto con Bahamas, Barbados, Chile, Cuba, Trinidad y Tobago y Uruguay².

Gráfico 1. Tendencias en el crecimiento de la proporción de población mayor para países escogidos



Fuente: Elaboración propia con base en Huenchuán, 2018.

La esperanza de vida en Costa Rica llega actualmente a un promedio de 80.35 años (77.8 para los hombres y 82.9 para las mujeres), mientras que los años de vida libres de enfermedades y sin discapacidad están en los 71.2 (INEC,2018). Sin embargo, para comprender la magnitud del desafío que implica hacerse cargo de la realidad del envejecimiento hay que considerar también otras variables, como el promedio de años que la población de 60 años y más espera vivir con alguna enfermedad. En 2015, la esperanza de vida sana a los 60 años era de 18 años para Costa Rica, mientras que la esperanza de vida sin buena salud era de 5.7 años. Estos números deberán seguir monitoreándose muy de cerca, ya que una comparación de dos puntos realizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), contrastando estas cifras con los datos registrados en el año 2000, mostró que en más de la mitad de los países estudiados – incluyendo Costa Rica - aumentó el número de años que vivía una persona mayor con alguna discapacidad o limitación (Huenchuán, 2018).

Desde luego hay otras consideraciones que hacer, más allá del peso relativo del tamaño poblacional que va adquiriendo el grupo de las personas mayores o de la extensión de los años de vida, con y sin buena salud; no se trataría solo de cuánto tiempo se espera que las personas vivan con mala salud, sino de una compresión de la morbilidad, donde los años no saludables pueden concentrarse en un período de tiempo más corto (Boyoung y Soonman, 2017).

El envejecimiento es un proceso que frecuentemente se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades múltiples, muchas de ellas crónicas (Daly, 2011; Shrivastava et al., 2013; Abramo et al., 2019). En consecuencia, tendrá un impacto importante en la salud de la población en Costa Rica y, sin duda, ejercerá presión sobre el sistema de atención médica (OCDE, 2017).

² El cambio en la estructura por edad de la población con una preeminencia creciente de las personas mayores no sólo se está convirtiendo en la tendencia demográfica más importante de la región, sino que también tendrá consecuencias cada vez más importantes para las economías de los países. Es de suponer que cada vez se harán más evidentes las nuevas dinámicas relacionadas con las actividades productivas y reproductivas de las sociedades, incluyendo los drásticos cambios producidos en la relación entre la población potencialmente dependiente y la potencialmente activa, donde la población dependiente crece a un ritmo significativamente más rápido que aquella en edad de trabajar. El caso de Costa Rica no es ajeno a este fenómeno y se encontrará en el próximo cuarto de siglo entre los países latinoamericanos considerados como economías envejecidas (Huenchuán, 2018).

En Costa Rica, el gasto nacional en salud como porcentaje del PIB es del 9.3 %, algo por encima del 8.9% que registra la OCDE³. Entre los elementos de presión que explican este porcentaje, además del aumento de la fuerza laboral informal y el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población aparece como uno de los principales determinantes. Las necesidades de atención en salud, como en muchos países de la OCDE, provienen cada vez más de enfermedades no transmisibles (ENT), como enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes. Más del 80% de todas las muertes en Costa Rica se deben a las ENT, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte (30% de los decesos), seguidas de cerca por diversos cánceres, responsables del 23% de todas las muertes (OCDE, 2017).

La vejez no es sinónimo de enfermedad. Sin embargo, el envejecimiento trae consigo una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales y, también una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades (OMS, 2015). El aumento de la proporción de adultos mayores en el conjunto de la población implica una mayor demanda de servicios de salud y de cuidado (Spillman y Lubitz, 2000; Colombo et al., 2011; Sirodenko, 2014; Zalakain, 2017). Para Costa Rica se proyecta un aumento sustancial en la demanda potencial de cuidados para la población mayor de 75 años, pasando de 2.9 adultos demandantes de cuidados por cada 100 personas entre 15 y 74 años en 2015, a 11.3 en el año 2050 (Aranco et al., 2018).

En consecuencia, a medida que la población envejece, aumenta la proporción de personas con limitaciones funcionales que, a su vez, son un factor de riesgo para la discapacidad (Huete, 2019; Medellín, Jara Maleš y Matus-López, 2019). En el caso de Costa Rica⁴, la proporción de población entre 60 y 69 años que presenta disminución de la agudeza visual es del 31.8%, porcentaje que aumenta al 34.8% entre los 70 y los 79 años, y que llega al 45.8% en el grupo de 80 años y más. En cuanto a la presencia de limitaciones para usar brazos y piernas, el 5.2% de las personas entre 60 y 69 años presenta alguna de estas dificultades, que aumentan al 9.6% en el tramo etario siguiente y se disparan a un 20.5% entre las personas de 80 y más años (Aranco et al., 2018). Dificultades funcionales como estas no implican necesariamente dependencia, entendida como aquella condición de carácter prolongado o permanente en la que las personas requieren del apoyo de otras para realizar actividades básicas de la vida diaria (OMS, 2004). Sin embargo, si esas dificultades no se tratan de manera oportuna, a la larga, podrían generar dependencia.

Suponer que estas necesidades de cuidado se seguirán solventando con las redes informales, que tradicionalmente han estado a cargo de esta función, puede resultar equivocado y, de hecho, las tendencias muestran lo contrario (Esping-Andersen, 2002; Durán-Heras, 2006; Harper et al., 2011; Gascón y Redondo, 2014). Los cambios en las estructuras familiares (familias más reducidas y más mujeres participando en el mercado laboral, por ejemplo) ponen en cuestión la capacidad real de los hogares para asumir el cuidado de las personas mayores. Por ello se vuelve tan importante plantear sistemas de protección social, que ofrezcan respuestas concretas a las necesidades de la población que necesita de cuidados, o de apoyos a la tarea de cuidar de otros, especialmente si se trata de personas con dependencia (Scheil-Adlung, 2015; Cecchini et al., 2015).

En Costa Rica este fenómeno tiene una doble consecuencia. Por un lado, la aceleración de la participación laboral femenina se ha visto reducida, entre otras cosas, porque el trabajo doméstico no remunerado es realizado, principalmente, por las mujeres (74%). Una mujer destina, en promedio, 5 horas y 25 minutos por día a esta función (Jiménez-Fontana, 2019). En cuanto al tiempo dedicado al cuidado de personas parcialmente dependientes, según la Encuesta Nacional de Uso de Tiempo (2017), las mujeres dedican el 65% del tiempo social promedio (tiempo que la sociedad en su conjunto dedica a determinada actividad) al cuidado y apoyo de miembros del hogar mayores de 12 años, mientras que los hombres lo hacen en un 35%. Por su parte, la división del tiempo social promedio dedicado al cuidado de personas totalmente dependientes es del 19.6% para los hombres y del 80.4% para las mujeres.

³ Una de las fortalezas del sistema de bienestar social de Costa Rica es su amplia cobertura: su sistema de seguridad social alcanza al 96,6% de la población. Sin embargo, el fenómeno del envejecimiento poblacional tendrá fuertes consecuencias sobre su financiamiento. La relación de dependencia en la vejez en Costa Rica se duplicará entre los años 2015 y 2030, lo cual implicará una duplicación del gasto en pensiones que podría llegar a cuadruplicarse para el año 2070 (Rayo, 2016).

⁴ Con base en el Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable de Costa Rica (2009).

Con relación al cuidado de las personas con discapacidad, del total de quienes reciben asistencia personal (311,214 personas) el 66.08% la recibe en el hogar. En 7 casos de cada 10 el cuidado está a cargo de una mujer; y 9 de cada 10 de esas mujeres no recibe ninguna remuneración por el cuidado (INEC-CONAPDIS, 2019).

En consecuencia, una medida de reactivación debería ser la liberación de parte de esa tarea asociada al cuidado, para habilitar a las mujeres a realizar trabajos remunerados (Durán--Heras, 2006; Razavi, 2011; Brimblecombe et al., 2018). Por otro lado, si aumenta la población con necesidad de cuidados, atribuible en parte a la menor disponibilidad de cuidadores en el hogar, las redes de apoyo al cuidado deberían ampliarse (Martínez-Buján et al., 2018).

Costa Rica cuenta con una importante tradición en el desarrollo de políticas de bienestar social y en materia de envejecimiento no constituye una excepción. Avances destacados en la atención de la persona mayor en el sistema de salud, además de la creación de una Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, son importantes precedentes para avanzar en la conformación de un nuevo pilar de su sistema de protección social⁵.

Este documento tiene como objetivo integrar los antecedentes provenientes de la experiencia internacional y del propio país, con el fin de ofrecerlos para la discusión de políticas nacionales. Se trata de analizar las trayectorias posibles para avanzar en la consolidación de un sistema que dé cobertura a las necesidades vinculadas con la promoción de la autonomía y el apoyo al cuidado de las personas con dependencia, en una lógica de cuidados de larga duración.

El capítulo 1 selecciona algunos modelos que han marcado precedentes en la conformación de estos sistemas, con rasgos característicos que pueden resultar de interés para pensar en rutas posibles para Costa Rica. El capítulo 2 aborda las tendencias poblacionales y algunas dinámicas sociales generadas a su alero que tienen implicaciones en políticas centradas en el envejecimiento y que se construyen en torno al concepto del cuidado. El capítulo 3 sintetiza los desafíos próximos que se deberían enfrentar para tomar medidas de política que permitan avanzar sustantivamente en la conformación de un sistema de apoyo al cuidado y atención a la dependencia. En la última sección, se resumen los mensajes principales para facilitar una discusión nacional sobre el fortalecimiento de políticas para la protección y el bienestar social con un énfasis en los cuidados.

⁵ Para conocer con mayor detalle las condiciones actuales que colocan a Costa Rica en una posición óptima para avanzar con prontitud en la formulación de un sistema de cuidados de largo plazo, ver: Medellín, N.; Jara Maleš, P. y Matus-López, M. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. Washington DC, Estados Unidos.

CAPÍTULO 1. TENDENCIAS INTERNACIONALES EN MATERIA DE CUIDADOS

En este capítulo se analiza evidencia internacional sobre los cuidados de larga duración (CLD) y, más específicamente, sobre las políticas o servicios de atención a la dependencia (SAD). El objetivo es caracterizar algunos de estos modelos e identificar posibles aprendizajes que sirvan de insumo al análisis para Costa Rica.

Para ello, se realizó una revisión exhaustiva de la bibliografía internacional y un análisis particular de cuatro modelos paradigmáticos: el de los Países Bajos, por ser uno de los más completos; el de Francia, por las transferencias económicas que gestiona; el de España, por la influencia que está teniendo y puede llegar a tener en los análisis regionales para América Latina y el Caribe, y el de Corea del Sur, por ser una de las experiencias más rápidas de adecuación de un seguro universal de salud al aseguramiento de cuidados de larga duración, en un contexto de envejecimiento poblacional extraordinariamente acelerado.

1.1 Cuidados de larga duración y servicios de atención a la dependencia

Para hacer alguna comparación internacional, es esencial diferenciar entre los CLD y los SAD. En español, se suelen utilizar ambos conceptos indistintamente y, aunque apuntan a condiciones similares, tienen connotaciones y alcances distintos.

Las definiciones literales en español de ambos términos son las mismas y se refieren a servicios para las personas que necesitan la ayuda de terceros para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como vestirse, desplazarse, comer y otras, de forma permanente o por un largo periodo de tiempo (EC, 2012; OCDE, 2011; WHO, 2004).

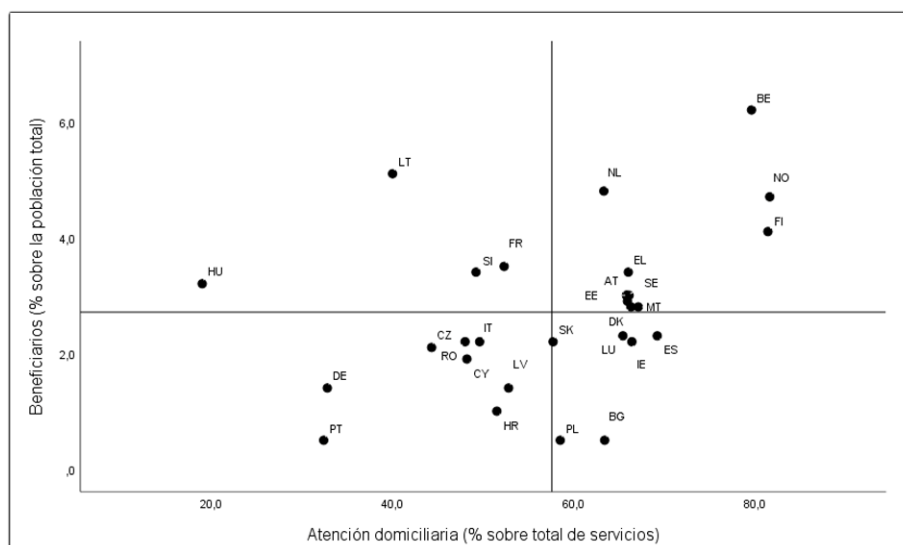
Sin embargo, cuando se habla de dependencia, se está haciendo referencia a una gama más restringida de servicios que cuando se utiliza el término CLD. En concreto, la atención a la dependencia suele estar centrada en servicios con un carácter más social que clínico, como la estadía en residencias de personas mayores, los apoyos de asistentes personales en el domicilio, los centros de día, etc. Es decir, son todos aquellos servicios de ayuda, para la realización de ABVD, que no se ofrecen en hospitales o centros médicos. Por su parte, los CLD, además de los anteriores, incluyen servicios más propiamente sanitarios, como hospitalizaciones de fin de vida y cuidados paliativos (OCDE, 2018). En los CLD también suelen incluirse algunas ayudas menos comunes, como adaptaciones de entornos físicos en el hogar o reducciones impositivas por compra de aparatos de apoyo, entre otros. (Becker y Reinhard, 2018; Maarse y Jeurissen, 2016).

Esto se puede ilustrar en un esquema piramidal, de mayor a menor número de población (Ilustración 1). En la base se sitúan las personas que, pese a ser dependientes, realizan las ABVD con alguna ayuda fuera del sistema. En la cúspide está un pequeño número de dependientes, que presentan casos de mayor gravedad y que requieren cuidados médicos de alta complejidad y elevado costo.

aproximadamente el 19.3% de la población tiene 65 o más años, entonces se puede estimar que la cobertura es cercana al 12.7% de los adultos mayores. Es decir, ambas fuentes no entregan resultados muy diferentes, aunque sus universos y metodologías son distintas.

Por otra parte, las mayores tasas de cobertura suelen basarse en la expansión de la atención en el domicilio, más que en la atención residencial. Como se puede ver en el gráfico 2, aquellos países de la UE con mayor proporción de beneficiarios son, también, los que componen su canasta principalmente con servicios de atención de base domiciliaria (más del 60%). De allí que la nube de puntos tenga una tendencia positiva.

Gráfico 2. Personas beneficiarias (sobre el total de la población) y porcentaje de servicios en el domicilio (sobre total de servicios) para países de la Unión Europea



Fuente: Elaboración propia con datos de EC (2018)

Costo de los sistemas nacionales

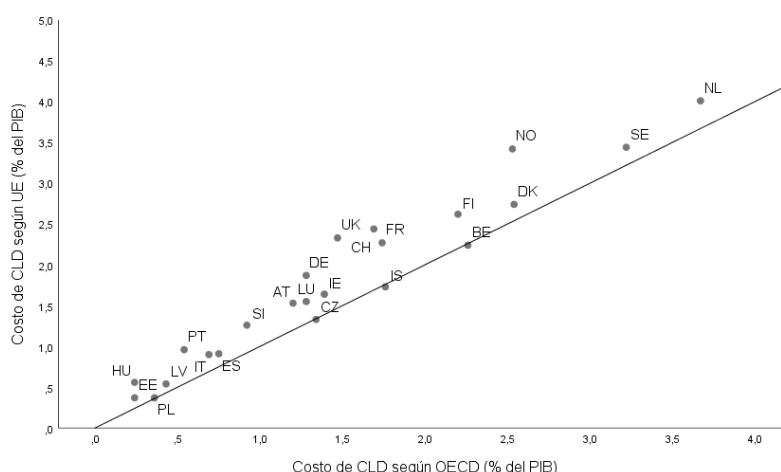
Otra forma de caracterizar los modelos de CLD es a través del costo de sus políticas, esto es, cuánto invierten los países en financiar sus servicios. Al respecto, tanto la OCDE como la UE entregan información internacional y, aunque las cifras no son iguales, presentan magnitudes similares para la mayoría de los países.

Pese a que las muestras son diferentes, ambas fuentes coinciden en que el costo promedio de los CLD es de aproximadamente el 1.4% del PIB, aunque el rango de valores es mayor en la UE⁹. Si se comparan los 23 países en común, se aprecia que las cifras de Europa son más altas que las de la OCDE, pero que el orden es más o menos similar; los países nórdicos tienen los modelos más caros, y los países ibéricos (Portugal y España) y los de Europa del Este, los más modestos (Gráfico 3).

que puede haber beneficiarios de prestaciones económicas que no estén siendo considerados. Las tasas más altas de atención residencial y asistencia en domicilio corresponden a Bélgica (BE) con un 6,2%, y las más bajas a Polonia (PL), Bulgaria (BG) y Portugal (PT), con un 0.5%.

⁹ La UE considera ocho países fuera de esta muestra y la OCDE, otros cinco. En total, la primera suma 31 y la segunda 28. En la UE, el rango va desde el 0.01% del PIB en Bulgaria (BG), al 4.01% del PIB en los Países Bajos (NL), mientras que en la OCDE va desde el 0.24% del PIB en Hungría (HU) y Estonia (EE), al 3.7% del PIB en los Países Bajos.

Gráfico 3. Gasto en CLD según UE y OCDE como porcentaje del PIB de cada país. 2015 (o cifra más reciente)



Fuente: Elaboración propia con base en OCDE (2017) y EC (2018).

Por último, ambas fuentes permiten desagregar las cifras de gasto, de acuerdo a CLD en salud y CLD en la parte social. En ambos casos, el primero es mayor que el segundo. En la UE, el gasto medio en salud es del 1.3% del PIB y el social es del 0.4% del PIB, mientras que, en la OCDE, los valores son el 1.2% y el 0.35% del PIB, respectivamente¹⁰. Cabe considerar, sin embargo, que los rangos son mucho más amplios que los agregados totales¹¹ y que la diferencia entre uno y otro tiene que ver con la ausencia de políticas de atención a la dependencia en algunos de estos países, así como con un mejor registro del gasto médico. Las propias cuentas nacionales de salud parecen tener este sesgo (OCDE, 2018).

En síntesis, en los países con los sistemas de CLD más desarrollados del mundo y con mayores ingresos per cápita, aproximadamente uno de cada ocho mayores de 65 años recibe cuidados de larga duración y, para ello, los países destinan cerca del 1.4% del PIB nacional.

1.2 Presentación de casos: Países Bajos, Francia, España y Corea del Sur

Como se ha comentado al inicio de este capítulo, para entender de mejor manera los sistemas de CLD y la participación de los cuidados para la atención de la dependencia resulta muy útil analizar algunos casos.

En este apartado se abordan cuatro modelos paradigmáticos. El primero corresponde al de los Países Bajos, considerado uno de los más completos y universalistas. El segundo es el francés, que funciona en el marco de una red de ayudas sociales y que se gestiona como un *voucher* o cupón ajustado por ingresos. El tercero es el español, que considera transferencias económicas para cuidados en el entorno familiar¹². Y el cuarto es el modelo surcoreano que, con un sistema mixto de financiamiento con impuestos generales y contribuciones al seguro nacional

¹⁰ Los promedios de ambos tipos de CLD no coinciden con el promedio total debido a que no todos los países disponen de la información desagregada por tipo, en cuyo caso la UE y la OCDE lo clasifican en salud. Para 19 países en UE: Alemania, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Chequia, Rumanía, Suecia y Suiza. Para 15 países en la OCDE: Alemania, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Japón, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Chequia, Suecia, Suiza y Alemania.

¹¹ En la UE, Grecia tiene mayor el gasto social, mientras que, en Portugal, el gasto en salud triplica el social. En la OCDE, el costo de CLD-médico va desde el 0.17% en Portugal al 2.69% del PIB en Suecia y el de CLD-social va desde el 0.02% en Alemania al 1.29% del PIB en los Países Bajos.

¹² Salvo que se especifique lo contrario, los datos estadísticos de estos sistemas fueron obtenidos de los repositorios nacionales de cada país; el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte (MVWS, 2019) y el Centro para la Asignación de Cuidados (CIZ, 2019) en Suecia; el Ministerio de Solidaridad y Sanidad de Francia (MSS, 2019), y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en España (MSCBS, 2019).

de salud, está desarrollando paquetes de servicios para el cuidado a largo plazo de las personas mayores.

El modelo de los Países Bajos

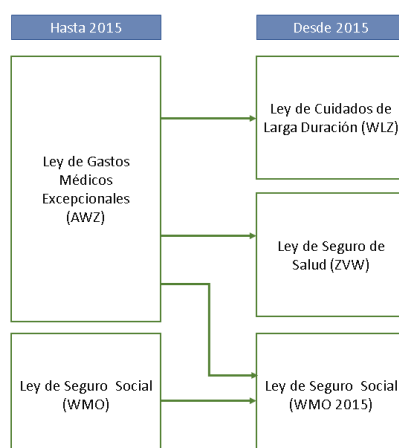
Es uno de los más caros pero, a la vez, uno de los que ofrecen mayor cobertura. De acuerdo con las fuentes internacionales, el costo se sitúa entre el 3.7% y el 4.0% del PIB y presta servicios a unas 820 mil personas, esto es, a un 4.8% de la población.

Los CLD cubren los siguientes problemas de salud: a) aquellos no causados por el sistema nervioso o aparato locomotor, b) los trastornos psicológico-geriátricos causados por la edad, c) las patologías psiquiátricas, d) la discapacidad mental intelectual o cognitiva, e) la discapacidad física, causada por el sistema nervioso o el aparato locomotor y, f) la discapacidad sensorial visual, auditiva o comunicativa (Dijkhoff, 2018).

Hasta 2015, los CLD estaban regulados principalmente a través de la Ley de gastos médicos excepcionales (AWBZ)¹³ y de la Ley de Seguro Social (WMO). No obstante, el modelo tuvo una importante reforma en 2015, que dividió el marco legal en tres cuerpos (Ilustración 2). Uno está directamente relacionado con los cuidados de larga duración (WLZ), el segundo recae en el seguro de salud (ZVW) y el tercero surge de la Ley de Seguro Social (WMO), también reformada en 2015¹⁴ (Dijkhoff, 2018; Maarse y Jeurissen, 2016).

La nueva WLZ cubre los mismos problemas de salud que cubría la anterior AWBZ, pero se focaliza en los casos de mayor severidad y en la atención residencial. Aquellos de base domiciliaria y atención personal se circunscriben a los otros dos cuerpos legales (Tenand, Bakx y Van Doorslaer, 2018)¹⁵.

Ilustración 2. Marco legal de los CLD en los Países Bajos.



Fuente: Elaboración propia con base en Maarse y Jeurissen (2016)

Es conveniente tener esto en cuenta ya que los valores cambian según lo que se considere en su cálculo. Hasta 2015, las cifras corresponden a la AWBZ y coinciden con las estadísticas internacionales. En aquel año, el Centro de Evaluación de Condiciones de Salud¹⁶ indicaba que un total de 803 mil personas recibían beneficios; el 4.7% de la población total y el 12% de mayores de 65 años (CIZ, 2019)¹⁷.

¹³ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Esta fue una normativa aprobada en 1968, destinada a financiar, a través de un seguro público, las atenciones de alto costo, tales como residencias y atención domiciliaria y de discapacidad. Fue reformada en 2007 y finalmente reemplazada por el modelo actual.

¹⁴ WLZ: Wet Langdurige Zorg. WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning. ZVW: Zorgverzekeringswet. La WMO considera, entre otros servicios, ayudas para personas con problemas en el desarrollo de actividades instrumentales. La ZVW incluye prestaciones médicas y farmacéuticas. Los informes anteriores a 2016 hacen referencia al conjunto de prestaciones de AWBZ (Da Roit, 2013), pero a partir de entonces, algunos análisis se centran solamente en la WLZ, por su especificidad.

¹⁵ La atención domiciliaria de menor intensidad descansa en su mayor parte en la WMO.

¹⁶ Centrum Indicatiestelling Zorg. Encargado de evaluar las condiciones de salud de enfermos crónicos, demencia, discapacidad, dependencia y psiquiatría.

¹⁷ Del total, el 55% superaba los 65 años y el 20% tenía más de 80 años.

A partir de 2016, las cifras entregadas corresponden a la WLZ (residencias y casos más severos), por lo que el número se reduce a 290 mil personas beneficiarias¹⁸ (MVWS, 2019).

En cuanto a los beneficios, estos son provistos en especie (bienes y servicios) o en dinero (denominado Presupuesto Personal)¹⁹. En el primer caso, se clasifican como intramuros (residenciales) o extramuros (de base domiciliaria) y pueden ser provistos por organizaciones públicas o privadas. En el segundo caso, se trata de una transferencia económica para adquirir los servicios (*cash-for-care*). El monto de esta prestación suele situarse en torno al 75% del costo de los servicios en especie, con un promedio cercano a los 22 mil euros anuales (Maarse y Jeurissen, 2016).

En 2017, aproximadamente el 83% de las prestaciones fueron en especie, un 14% en *cash-for-care* y otro 3% fue una combinación de ambas modalidades (Kelders y De Vaan, 2018)²⁰.

En cuanto a los recursos, el nuevo WLZ se financia principalmente a través de contribuciones sociales. Estas representan el 75% del fondo total y se recaudan sobre la base de una cotización del 9.65% del ingreso. Los aportes del Estado cumplimentan otro 16% y el restante 9% se financia con aporte de las propias familias (Dijkhoff, 2018). En 2017, el WLZ tuvo un costo anual de 19.3 mil millones de euros, un 2.3% del PIB de ese año.

En resumen, el modelo neerlandés es uno de los más generosos y caros del mundo. Incluye múltiples servicios médicos y sociales, de atención residencial y de base domiciliaria, más apoyos y otros beneficios. Para ello, descansa en tres fuentes de recursos, una específica para cuidados de larga duración, otra proveniente del seguro social y otra del seguro médico.

El modelo de Francia

El modelo francés de CLD tiene un costo y una cobertura similar al promedio de la evidencia internacional. En total, el gasto se sitúa entre el 1.7% y 2.3% del PIB y el número de personas beneficiarias supera los 3.2 millones, que equivalen al 3.5% de la población.

En la mayor parte de los casos, el análisis se circunscribe a la prestación para la autonomía personal (APA)²¹. No obstante, este beneficio funciona en complementariedad con otros programas, como la prestación para la discapacidad (PCH), la ayuda social para alojamiento (ASH) y la asignación para alojamiento social (ALS)²². Además, se debe considerar una serie de programas sociales adicionales, financiados e impulsados por los departamentos, así como por la cobertura médica de servicios a dependientes graves (Bihan y Martin, 2013; Kaufmann, 2018).

La APA es una prestación económica que funciona como un *voucher* o *cupón*, ofreciendo soluciones domiciliarias y residenciales a mayores dependientes, de 60 y más años, con un determinado nivel de severidad (Da Roit y Le Bihan, 2010).

Los solicitantes de las ayudas son valorados a través de un baremo que mide la capacidad de realizar diez actividades corporales y mentales, y otras siete actividades sociales. Como resultado, se obtienen seis categorías que requieren recursos similares (Groupe Iso

¹⁸ Los principales problemas cubiertos por la WLZ son: discapacidad intelectual (37,2%), trastorno psico-geriátrico (30,1%), condiciones somáticas (20,7%), discapacidad física (8%), trastorno psiquiátrico (2,9%) y discapacidad sensorial (1,1%).

¹⁹ PGB. Persoonsgebonden Budget

²⁰ La causa de esta distribución puede deberse a un doble incentivo. Por una parte, para los beneficiarios implica una transferencia menor que el coste del servicio y, por otra parte, las administraciones son reticentes a ampliarlo por los riesgos de fraude y dificultades de control del gasto.

²¹ En 2002, la APA (Allocation personnalisée d'autonomie) reemplazó a la PSD de 1997 (Prestation spécifique dépendance).

²² La PCH (Prestation de compensation du handicap) está destinada a personas con pérdida de autonomía y está a cargo de los Departamentos. Financia la contratación de asistencia personal. Puede utilizarse para la contratación de un tercero o de servicios profesionales autorizados, pero también considera la opción de pago por el cuidado familiar. También financia la compra o alquiler de equipos (ej. perros guías). En 2016 beneficiaba a 284.086 personas, el 52% mayores de 50 años. La ASH (Aide sociale à l'hébergement) permite asumir el gasto total o parcial de los costos relacionados con el alojamiento de una persona mayor, en un centro o en una familia de acogida. Está a cargo de los departamentos y cubre el costo superior al 90% del ingreso de los beneficiarios. La ALS (Allocation de logement sociale) es una ayuda destinada a cubrir parte del monto de un alquiler o los pagos mensuales de un préstamo hipotecario, en caso de riesgo social.

Ressource). Las personas clasificadas en los cuatro niveles más graves tienen acceso a la APA²³.

La prestación se divide en dos tipos: residencial y domiciliaria. La residencial financia el costo de la atención por dependencia en establecimientos de albergue para personas mayores, centros de cuidados de larga duración y residencias autónomas privadas²⁴. Estos centros ofertan sus servicios en una web pública, donde constan sus tarifas, desagregadas por alojamiento/alimentación y cuidados a la dependencia (SPF, 2019)²⁵. La APA-residencial se establece sobre esta última tarifa y se ajusta por nivel de ingresos²⁶. El costo de alojamiento/alimentación lo financian las familias o puede estar cubierto por la ASH o la ALS.

Por su parte, la APA domiciliaria financia la contratación de servicios para cuidados en el hogar, tiene una dotación menor que la residencial y también se ajusta por ingresos²⁷.

De acuerdo con las estadísticas nacionales, 1.3 millones de personas (el 9.8% de los mayores de 60 años), recibían en el año 2017 alguna de las dos modalidades; de ellas, el 58.7% recibió servicios de base domiciliaria y el 41.3%, cuidados residenciales²⁸.

En términos económicos, el 70% de los fondos es aportado por los Departamentos territoriales y el 30% restante, por la Caja Nacional para la Autonomía (CNSA), cuyos recursos provienen principalmente de las contribuciones sociales²⁹ (Kaufmann, 2018). En total, el gasto para 2017 ascendió a 5.93 mil millones de euros, un 0.23% del PIB³⁰.

En resumen, la cobertura y gasto de la APA son claramente menores que las de CLD. De hecho, la contabilización que el propio gobierno hace de estos últimos es 6.6 veces superior al costo de la APA (Bihan y Martin, 2013)³¹. La diferencia se debe principalmente a los gastos médicos, a los beneficios comprendidos en otras prestaciones sociales y a la contabilización de beneficios tributarios³².

El modelo de España

El modelo español tiene un costo menor que el promedio internacional, pero su cobertura es cercana a la media. Según las fuentes internacionales, el gasto total de CLD se sitúa entre el 0.75% y el 0.9% del PIB, y la cobertura alcanza al 2.3% de la población.

El sistema como tal se creó en 2006³³, con la aprobación de la Ley de Atención a la Dependencia que establece la entrega de servicios de atención residencial y de base domiciliaria a quienes de forma permanente necesitan la atención o ayuda de otras personas para realizar las ABVD y, en el caso de discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para

²³ Grupos de Iso-Recursos (*Groupe Iso Ressource*). Las categorías van de GIR 1 a GIR 6, de mayor a menor gravedad. En GIR 1 se encuentran las personas confinadas a una cama o una silla, cuyas funciones mentales están gravemente deterioradas y que requieren una presencia indispensable y continua de ayuda, así como por personas que se encuentran en el final de sus vidas.

²⁴ EHPAD: *Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. USLD: *Unités de soins de longue durée*.

²⁵ Algunos establecimientos tienen una tarifa plana por dependencia (sin distinción de severidad) y otros la establecen de forma progresiva según nivel de GIR.

²⁶ Para el año actual, las personas con ingresos menores a 2.472,04 euros mensuales reciben el total de la tarifa por dependencia GIR 5 y GIR6, y aquellos con ingresos superiores a 3.803,14 euros mensuales, sufren un descuento del 80% de la tarifa. Los ingresos intermedios están sometidos a un descuento progresivo en este rango.

²⁷ En 2019, la financiación máxima de la APA para cuidado en domicilio va desde 672,26 euros mensuales para GIR 4, hasta 1.737,14 euros mensuales para GIR 1. Las personas con ingresos menores a 810,96 euros reciben el total de la prestación y aquellas con ingresos superiores a 2.986,58 euros, tienen un 90% de descuento. Los tramos intermedios tienen descuentos progresivos.

²⁸ El 58% de la APA domiciliaria fue clasificado en GIR 4 y el 23% en GIR 3. El 16% de la APA residencial se clasificó como GIR 1 y el 43% como GIR 2.

²⁹ *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*. Contribuciones equivalentes al 0,3% del ingreso de los trabajadores y del mismo porcentaje sobre acciones e inversiones, más un 0,1% de las contribuciones generales a la seguridad social y de las aportaciones del sistema de salud

³⁰ El 58,5% correspondió a la APA domiciliaria y el 41,5% a la de APA residencial.

³¹ El coste estimado para 2011 fue de 34.345 millones de euros, equivalentes a cerca del 1,8% del PIB de ese año. Cifras muy cercanas a las estimaciones internacionales.

³² Las contribuciones sociales, de salud y de dependencia, son deducibles y pueden ser contabilizadas como gasto de CLD. Además, los residentes en una EHPAD se benefician de una reducción del impuesto sobre la renta, del 25% de los costes incurridos.

³³ Antes de la aprobación de la Ley 39/2006, las oficinas de Servicios Sociales de muchas Comunidades Autónomas ya ofrecían algunos servicios de la actual oferta de prestaciones de atención a la dependencia.

su autonomía personal. Además, establece que esta dependencia puede estar ocasionada por razones de edad, enfermedad o discapacidad.

Al igual que el modelo francés, el español se declara universal, aunque aplica un baremo de priorización. En este caso, la evaluación entrega un resultado numérico con valor máximo de cien para la mayor severidad. La escala se divide en cuartiles y cada uno corresponde a un nivel. Sólo los tres más graves tienen acceso a beneficios.

La particularidad de este modelo es que ofrece casi tantos servicios en especie como prestaciones económicas. Los servicios pueden ser: a) prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, b) atención residencial, c) ayuda en domicilio, c) centros de día/noche y d) servicio de teleasistencia³⁴. Por su parte, las transferencias pueden ser de tres tipos: a) para cuidado en el entorno familiar (PECEF); b) vinculada al pago de servicio público o concertado de atención y cuidado; y, c) para contratación de asistencia personal. Los montos de la PECEF son cerca de la mitad del valor de las otras dos prestaciones económicas y no superan, en el caso de mayor gravedad, los 390 euros³⁵.

Las cifras oficiales señalan que, en abril de 2019, había 1.07 millones de personas beneficiarias. De estas, el 79% tenía más de 65 años. En términos de cobertura esto equivale al 2.3% de la población y al 9.5% de los adultos mayores. En cuanto a los beneficios, el 58.5% fueron en especie y el 41.5% en prestaciones económicas. La ayuda en el domicilio fue el servicio más utilizado (17.9%) y la PECEF, la prestación más extendida (30.7%)³⁶.

El modelo se financia con tres componentes públicos: un aporte estatal, un aporte a partes iguales entre el gobierno central y los gobiernos regionales, y un aporte discrecional de cada Comunidad Autónoma. A esto se deben agregar los copagos. El primer componente es conocido a través de los presupuestos generales y ascendió a 1.33 mil millones de euros, en 2018 (Matus-López y Rapún, 2016)³⁷. El aporte compartido no ha sido utilizado y el componente regional varía según territorio.

Se estima que, el año pasado, el aporte de las Comunidades Autónomas fue mayor que el aporte de la Administración General del Estado alcanzando los 5 mil millones de euros, lo que sumado al aporte del Estado representaría un gasto cercano al 0.54% del PIB (AEDGSS, 2019).

En resumen, el modelo de atención a la dependencia representa cerca de dos terceras partes del costo de CLD, según fuentes internacionales. La diferencia, una vez más, está dada por otros servicios de larga duración con mayor carácter médico. Pese al bajo costo, la cobertura del modelo español es amplia, debido en gran parte a la extensión de las prestaciones económicas para cuidado en el entorno familiar.

Esta característica es muy controvertida, ya que favorece a muchas familias, pero consolida el cuidado en el interior de los hogares y se transforma, en los casos de menos ingresos, en un subsidio contra la pobreza. Además, debilita la vinculación de la política de cuidados con la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. En 2019, poco más de siete mil cuidadoras, equivalente al 1.8% de las prestaciones, estaban dadas de alta como trabajadoras en la Seguridad Social³⁸.

³⁴ La ley establece un rango de horas para la ayuda en el domicilio, que se regula según el nivel de severidad. Va de 46 a 70 horas/mes en el nivel más grave, 21 a 45 horas/mes en el moderado y un máximo de 20 horas en el nivel leve.

³⁵ La PECEF tiene una dotación que varía, según el nivel de severidad, desde los 387,64 euros/mes hasta los 153 euros/mes: las otras dos tienen topes máximos desde 715,07 euros/mes a 300 euros/mes.

³⁶ El resto de los servicios fue: teleasistencia (17,0% de beneficios), atención residencial (12.5%) y los centros de día/noche (7.1%). El resto correspondió a servicios de prevención y promoción. En cuanto a las otras transferencias, la vinculada a servicio fue el 10.3% de beneficios y la de atención personal, apenas el 0.5%.

³⁷ Esta ha sido una de las partidas más castigadas con el ajuste fiscal durante la crisis. No obstante, para este año se anunció un aumento equivalente a más del 50%, hasta los 2,228 millones de euros.

³⁸ Entre 2007 y 2012, las cuidadoras familiares, de forma voluntaria, podían darse de alta en la Seguridad Social. En ese caso, el coste de previsión lo asumía el Estado. Esto llevó las afiliaciones hasta 180 mil personas en julio de 2012 (41,4% del total de PECEF). El beneficio fue derogado ese año, y, desde entonces, comenzaron a caer. En marzo de 2019 se había reducido un 96%, hasta las 7.304 personas (1,8% de las prestaciones de ese mismo mes) No obstante, en abril de este año, el gobierno ha recuperado el beneficio y las cifras están volviendo a aumentar.

El modelo de Corea del Sur

El caso de Corea del Sur es importante por cuanto presenta un patrón de envejecimiento muy acelerado: su transición demográfica es equivalente a la que experimentarán en pocos años muchos países de ingresos medios, incluidos varios de la región de las Américas y el Caribe.

El sistema de aseguramiento en salud de Corea del Sur se inició como mecanismo de adscripción voluntaria³⁹, pero ya desde 1977 se instauró como un sistema obligatorio que logró cobertura prácticamente universal en tan solo 12 años de funcionamiento. El programa nacional de aseguramiento en salud (NHIS, por sus siglas en inglés) nació con el doble objetivo de estandarizar los servicios de salud para la población, procurando disminuir el alto gasto de bolsillo de los hogares, y establecer reglas de negocio para los proveedores de los servicios. En tanto asegurador único, cubre el 97.7% de la población y las contribuciones de los aportantes dependen de su capacidad económica e ingresos percibidos, aunque los beneficios son los mismos para todos los asegurados (NHIS, 2019)⁴⁰.

Este modelo de aseguramiento incluye 4 seguros distintos: el seguro nacional de salud, el seguro nacional de pensiones, el seguro de compensación por accidentes industriales y, desde 2008, el seguro para cubrir necesidades de CLD de las personas mayores que no pueden realizar actividades de la vida diaria. Este seguro específico se financia con contribuciones y copagos de los asegurados, con algún aporte de los gobiernos locales y con subsidios del gobierno nacional, que representan el 7.38% de las contribuciones totales al seguro nacional de salud. A los servicios cubiertos por este seguro, como apoyos para realizar tareas de cuidado personal, tareas domésticas y actividades físicas para las personas mayores que no pueden vivir solas y necesitan asistencia, pueden aplicar las personas de 65 años o más, o menores de 65 con trastornos geriátricos como enfermedades cerebrovasculares y Alzheimer⁴¹. Los postulantes son evaluados en su nivel de dependencia y los que resultan elegibles reciben servicios diferenciados, de acuerdo con la severidad de la dependencia detectada en la evaluación⁴².

Los beneficios que incluye este seguro son de tres tipos⁴³. Primero, soportes al cuidado en el hogar, incluyendo bajo este concepto servicios de asistencia física (como higiene, baño, ayuda para comer o desplazarse), asistencia a labores en el hogar (cocinar, asear recintos, lavar ropa), visitas domiciliarias de enfermería, cuidados diurnos y nocturnos, cuidado de relevo de corto plazo y aporte de equipamientos específicos como dispositivos de ayuda. Segundo, beneficios asociados al cuidado institucional, como plazas residenciales para largas estadías y residencias para estadías diarias. Tercero, subsidios para la atención de casos especiales, como transferencias monetarias al hogar o pago de cuidados especializados de enfermería en estancias hospitalarias. El sistema también contempla apoyo financiero para pagar a un miembro de la familia por el cuidado, aunque este beneficio es limitado y cubre un número máximo de horas de atención informal que se pueden reembolsar: se paga a los cuidadores informales la

³⁹ En el momento de iniciarse el sistema de cuidados de larga duración, el 10% de la población de Corea del Sur tenía 65 o más años (NHIS, 2019).

⁴⁰ De sus 52 millones y medio de habitantes, 7 millones corresponden a población de 65 o más años y al menos un 15% de ellos tiene necesidades de cuidado de larga duración. Tomando 2017 como año de referencia, la cobertura de servicios del seguro para la dependencia cubría al 8% de la población a partir de 65 años (NHIS, 2019).

⁴¹ La versión inicial del paquete de beneficios se basaba casi exclusivamente en la evaluación de condiciones físicas y del entorno, lo cual implicaba que las personas con déficit cognitivo o trastornos demenciales, pero que no presentaban dependencia física severa, no eran necesariamente elegibles para beneficios. Recientemente se han ido agregando otras valoraciones relacionadas con los aspectos cognitivos para ampliar el rango de cobertura a limitaciones funcionales generadas por problemas de salud mental.

⁴² El modelo no ha estado exento de dificultades en cuanto a condiciones de acceso, por dos motivos. Primero, por las denegaciones de las solicitudes de los solicitantes si sus ingresos y activos superan el umbral designado para elegibilidad, aun cuando existan necesidades insatisfechas de cuidado o condiciones de dependencia de mayor gravedad. Las incorrecciones del modelo también han provocado que algunas personas mayores de bajos ingresos fueran excluidas del servicio debido a sus activos, por ejemplo, al ser propietarias de una casa o por los ingresos de sus familiares co-residentes. Segundo, por falta de oferta disponible en los territorios para satisfacer las necesidades de cuidado. En algunas áreas locales, los paquetes de servicios son más restringidos debido a limitaciones de presupuesto (ESCAP, 2015).

⁴³ Como suele ocurrir con los modelos de servicios basados en seguros, los paquetes de beneficios se han diversificado en la medida que han aumentado los recursos para financiarlos. Dada la incertidumbre que suele haber al inicio del proceso en relación con la predicción de la carga de costos del sistema se busca generar una carga financiera inicial menor, lo cual tiende a reducir la magnitud y variedad de los beneficios ofrecidos (Rhee et al., 2015).

misma tasa que a los cuidadores profesionales, pero solo por una hora diaria, en un máximo de 20 días por mes⁴⁴.

El seguro funciona con un esquema de pagos por reembolso. A los proveedores acreditados se le hace un reconocimiento de gastos e imputaciones de costos, de acuerdo con criterios preestablecidos, y el seguro paga el 85% de los costos por servicios prestados en los hogares y el 80% de los costos de servicios prestados en entornos institucionales. El modelo contempla deducibles mensuales para cada tipo de servicio, diferenciando no solo el grado de dependencia que atiende, sino la duración de las asistencias.

Las personas que solicitan estos beneficios a través de una oficina del seguro, son visitadas por un agente que evalúa *in situ* sus funciones físicas y cognitivas, las condiciones de su entorno, el interés y las expectativas para participar en el programa. Un "Comité de Evaluación de Necesidades de Cuidados de Largo Plazo" determina si la persona que postula es elegible para el programa de acuerdo con los resultados de la evaluación física y cognitiva. Quienes califican para alguno de los beneficios pueden seleccionar la institución o centro proveedor y firmar un contrato de prestación, donde se detalla el plan de los servicios que recibirá.

Una característica de peso dentro del sistema surcoreano de salud es la prestación de atención médica, mayoritariamente a cargo de proveedores privados, algo que llega a representar más del 90% del total de los servicios prestados. Aunque con la introducción del sistema de pagador único los costos administrativos se igualaron en diferentes segmentos de la población y se redujeron sustancialmente, algunos análisis indican que aún podrían reducirse con un mayor control a los proveedores privados para evitar el uso excesivo de tecnología médica, de productos farmacéuticos y otras distorsiones generadas por la modalidad de pago de *tarifa por servicio* (Linstead, 2012).

El seguro de CLD es en sí un modelo de financiamiento basado en estructuras de pagos por servicio más que en control de calidad de las prestaciones, lo cual le ha valido a este modelo dos críticas importantes: por un lado, el riesgo de que la figura del copago se vuelva regresiva si genera incrementos en el gasto de bolsillo. De hecho, a pesar de que los pobres están exentos de los copagos, los altos gastos de bolsillo limitan la asequibilidad de los servicios y resultan regresivos para los que se encuentran próximos a la línea de la pobreza. Por otro lado, la falta de mecanismos más sólidos para asegurar la provisión de cuidados de calidad a la población atendida (Rhee et al., 2015). Los avances logrados por el modelo incluyen entre otras cosas la consolidación de un mercado mayor de proveedores de servicios, con lo cual el sistema de evaluación de calidad debiera ser más exigente (ESCAP, 2015; Boyoung y Soonman, 2017).

Un aspecto importante a considerar sobre este modelo es cómo el seguro de CLD interactúa con el sistema de salud. A pesar de que este ha extendido su cobertura, en especial para enfrentar la ingente presión generada por el aumento de las enfermedades no transmisibles y la fuerte prevalencia de estas en la población mayor, aún existen muchas áreas sin cobertura financiera lo cual impacta directamente en el gasto efectuado en puntos de servicio. Teniendo en cuenta que la pobreza relativa es alta en este grupo y que la contribución del seguro social es baja (menos del 5% tiene cobertura en el programa de asistencia médica), parece urgente incrementar los esfuerzos por mejorar estos subsidios (Boyoung y Soonman, 2017; Rhee et al., 2015).

1.3 Tendencias de las reformas recientes

Como se ha visto, la relevancia de los cuidados a la dependencia, dentro del marco de los CLD, varía entre los distintos países. En algunos casos, como en España, los servicios de dependencia son el corazón del sistema, pero en otros, como en Francia, son un programa más dentro de una amplia gama de ayudas y prestaciones.

⁴⁴ El modelo ha recibido críticas en cuanto a la intensidad de los servicios ofrecidos, especialmente cuando se trata de apoyos brindados en el hogar. De hecho, se señala que los topes máximos de horas de servicio que se pueden conceder diaria o semanalmente limitan las posibilidades de crear un entorno propicio para lograr una vida independiente. Contradictoriamente, ha habido más restricciones para los servicios de base domiciliaria, lo que ha resultado en un incentivo no deseado para que las personas mayores y sus familias prefieran atención residencial en desmedro de la atención comunitaria (ESCAP, 2015).

Pese a esta variedad, prácticamente todos los modelos han sufrido reformas y modificaciones en la última década, la mayoría orientadas a favorecer el envejecimiento en el hogar y a aliviar las presiones sobre el gasto público (Matus-López, 2015).

La primera y más clara está dirigida a promover el envejecimiento en los hogares, más que a ampliar la estancia en residencias (OCDE, 2017; Morley, 2012). En esto confluyen los incentivos para la Administración y los incentivos para las familias. Para los primeros, el gasto domiciliario es significativamente más bajo que el residencial, permitiendo ampliar la cobertura con los mismos recursos⁴⁵. En el caso de los segundos, las personas mayores prefieren envejecer en sus hogares y no cambiar de entorno.

La segunda tendencia tiene que ver con las presiones por mayores recursos. Como respuesta, se han aplicado reformas que aumentan la base de financiación y/o medidas que favorecen la contención de costos. Las primeras son especialmente importantes en los países con modelos poco desarrollados y se refieren principalmente a la búsqueda de espacio fiscal. Es decir, recursos adicionales que no dañen la estabilidad económica, ni desequilibren las finanzas públicas (Cid y Matus-López, 2018; Meheus y McIntyre, 2017; Tandon y Cashin, 2010). La tendencia parece apuntar a una canasta combinada de fuentes, en la que figuran el aporte del Estado a través de fondos nacionales y regionales, las contribuciones de empleadores y trabajadores, y los copagos de los usuarios con mayores ingresos. Asimismo, sigue vigente la intención de crear incentivos que aumenten la participación de los seguros privados y superen los fallos de la oferta y la demanda que los han mantenido como una fuente menor (Brown y Finkelstein, 2007; Doty, Nadash y Racco, 2015).

⁴⁵ Los recursos necesarios para mantener a una persona en una plaza residencial pueden sufragar la atención de cuidados en el domicilio para dos o tres personas.

CAPÍTULO 2. CLAVES PARA SITUAR LA DISCUSIÓN SOBRE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN COSTA RICA

2.1 Tendencias poblacionales con implicaciones para el cuidado

Los países han experimentado diferentes procesos de transición demográfica y social pero, en aquellos donde el envejecimiento ya es una realidad, se han podido observar cuatro factores importantes: (i) el incremento de personas dependientes, aparejado con el aumento en la cohorte de personas mayores con prevalencia de enfermedades crónicas y de la esperanza de vida a partir de los 60 años; (ii) la reducción de los apoyos y cuidados en el entorno familiar debido a que el tamaño de los hogares se reduce y cada vez son más las personas adultas mayores viviendo solas; (iii) el aumento del número de mujeres que se insertan al mercado de trabajo y la consecuente reducción de la disponibilidad efectiva de cuidados en el hogar; y (iv) la existencia de personas mayores sin cobertura en seguridad social (Chaverri-Carvajal, 2019).

Un análisis sobre la necesidad de contar con un sistema permanente de cuidados de larga duración debería tener en cuenta los datos relacionados con estos factores.

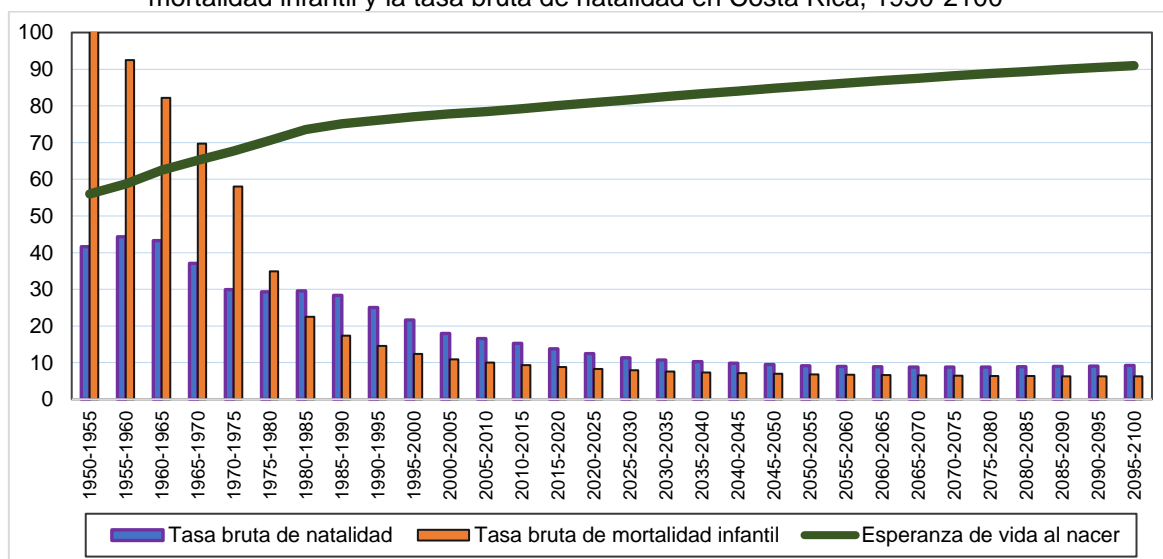
Las curvas del envejecimiento poblacional

Para el año 2035 Costa Rica estará tan envejecida como los Estados que actualmente tienen desarrollada una política de CLD (CEPAL, 2017; OIT, 2017; Huenchuan, 2018). Según proyecciones demográficas realizadas con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2019), para el 2025 en prácticamente uno de cada cuatro hogares costarricenses vivirá una persona adulta mayor, en casi tres de cada diez de los hogares habrá más de una persona de esta edad, y algo más del 17% del total de hogares del país estará conformado solamente por personas adultas mayores.

Esto se explica no sólo por el aumento de la esperanza de vida, que alcanzó los ochenta años y tres meses en 2018, sino también por la reducción sostenida de la fecundidad; así, en 2008 las mujeres tenían, en promedio, 1.97 hijos al final su periodo fértil, y en 2018 el promedio bajó a los 1.66 hijos por mujer, cantidad que se encuentra por debajo de la tasa de reemplazo comprendida en 2.1 hijos por mujer (INEC, 2019).

De esta manera, actualmente en Costa Rica confluyen múltiples factores que explican el proceso actual hacia la transición demográfica: al mismo tiempo que la población envejece disminuyen la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad infantil (8 muertes de menores de un año por cada mil nacimientos), lo que deviene en el incremento constante de la esperanza de vida al nacer, tal como se ve en el gráfico siguiente.

Gráfico 4. Incremento en la esperanza de vida al nacer y reducción de la tasa bruta de mortalidad infantil y la tasa bruta de natalidad en Costa Rica, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con datos del World Population Prospects de Naciones Unidas (2019).

Nota: La escala de las tasas es en miles.

Este cambio en la pirámide de la población se sustenta también en la tasa de crecimiento natural, esto es, en la diferencia entre el número de nacimientos y defunciones en un período determinado. Entre 1941 y 2011 se observa una significativa reducción de la tasa de crecimiento natural, pasando de 5.8 a 1.1. Esto ha producido una mayor dependencia demográfica, es decir, la necesidad potencial de soporte social de población en edades inactivas por parte de la población en edades productivas. Las variaciones en la composición de la población por grupos de edad sitúan en la década del 2030 el final de esta transición demográfica y la consolidación de esta tendencia.

La conjunción de estos elementos demográficos configura lo que se podría denominar el “año frontera de la transición demográfica”, el cual es producto de la comparación de la proporción de los menores de 15 años y los mayores de 60 años (gráfico 5), dando como resultado que para el año 2032 la proporción de adultos mayores de 60 y más años pasará a ser superior a la de personas menores de 15. En Costa Rica, tal como se puede apreciar en la tabla siguiente, después del año 2032 la brecha porcentual entre menores de 15 y mayores de 60 se ensancha cada vez más, marcando un envejecimiento sostenido.

Tabla 1. Año 2032: Frontera de la transición demográfica entre poblaciones con edades menores de 15 años y mayores de 60 años

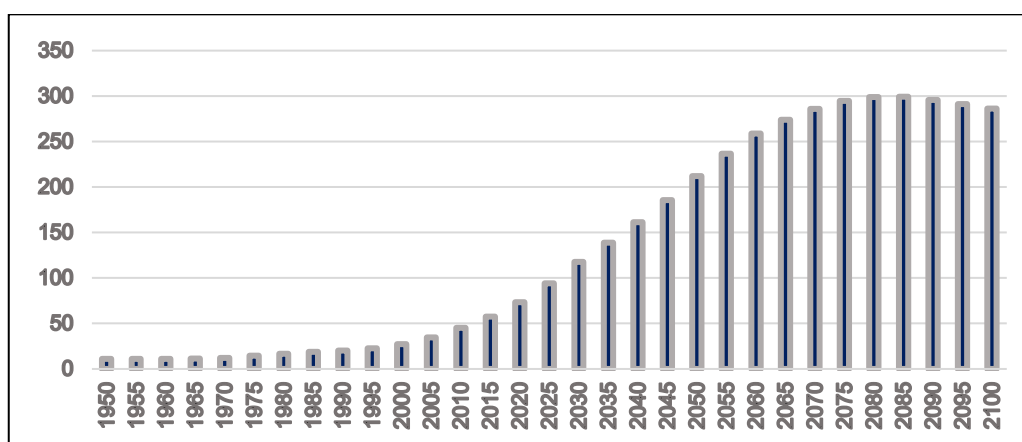
Año	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037
Población total	5,563,906	5,601,472	5,637,740	5,672,728	5,708,069	5,742,091	5,774,803	5,806,205
0-4	335,248	332,791	330,607	328,692	326,913	325,366	324,020	322,842
5-9	354,245	350,851	347,548	344,387	341,403	338,620	336,084	333,823
10-14	373,283	370,482	367,342	363,975	360,500	357,005	353,554	350,196
Total	1,062,776	1,054,123	1,045,497	1,037,054	1,028,816	1,020,991	1,013,657	1,006,860
% del total de población	19.10	18.82	18.54	18.28	18.02	17.78	17.55	17.34
60-64	269,382	268,957	268,760	270,533	273,871	277,636	282,941	289,610
65-69	248,375	251,823	255,190	257,209	257,339	256,737	256,614	256,702
70-74	196,607	204,756	212,139	218,817	225,336	230,075	233,647	237,134
75-79	136,040	144,446	151,757	158,763	165,956	173,390	181,070	188,037
80-84	78,002	82,901	89,076	95,533	102,628	110,115	117,347	123,714
85-89	41,125	43,354	45,708	48,183	51,146	54,476	58,288	63,038
90-94	17,828	18,553	19,264	20,089	21,309	22,696	24,153	25,665
95-99	5,187	5,406	5,654	5,920	6,286	6,658	7,023	7,382
100 y más	807	834	860	883	989	1,084	1,182	1,278
Total	993,353	1,021,029	1,048,407	1,075,930	1,104,859	1,132,867	1,162,266	1,192,561
% del total de población	17.85	18.23	18.60	18.97	19.36	19.73	20.13	20.54

Fuente: Elaboración propia con datos de Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019).

Cuando ambos grupos poblacionales se entrecruzan en el 2032, se estima que la cohorte etérea de los adultos mayores crezca más que la de los menores de 15 años, lo que generará un efecto de cambio sin precedentes en la pirámide población, más similar a un silo que a un triángulo.

De tal forma, a través del índice de envejecimiento del país (Gráfico 5), calculado como el cociente entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años, es posible constatar que los aumentos moderados que se producen hasta el año 2025 se acentúan y crecen de manera sostenida hasta alcanzar su mayor número en el año 2080 y descender ligeramente cerca del año 2100.

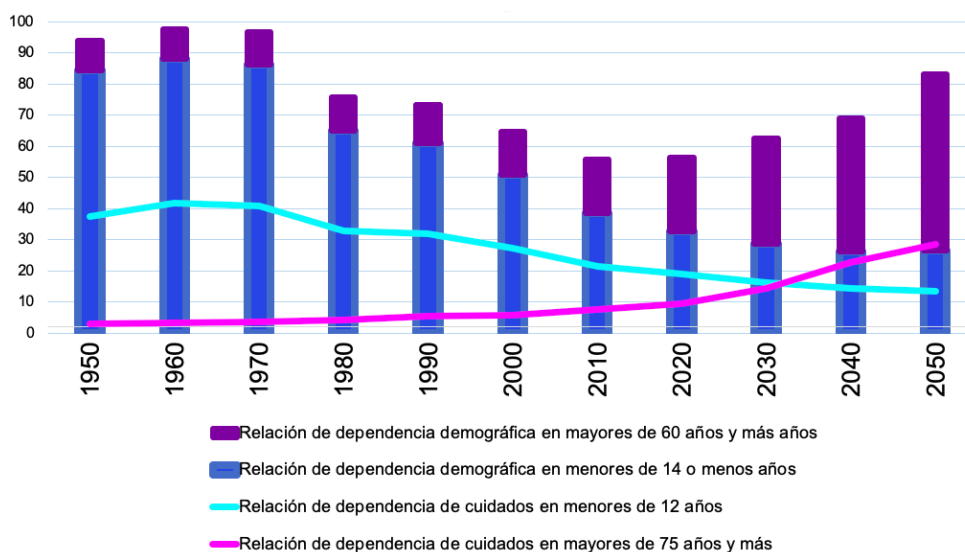
Gráfico 5. Índice de envejecimiento* en Costa Rica, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con datos de CELADE-División de Población de la CEPAL. Revisión 2017.
*Multiplicado por 100.

Otra forma de mirar este fenómeno es a través del índice de dependencia de cuidados definido por grupos de edad (Budendler, 2008; Rossel, 2016). Su valor heurístico consiste en distinguir la población con necesidad de cuidados frecuentes de aquellos que necesitan un menor nivel de atención. Este cruce se evidencia en el siguiente gráfico⁴⁶:

Gráfico 6. Costa Rica: Relación de dependencia demográfica y de cuidados, según grupos de edad, período 1950-2050



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019).

Este índice tiene la limitación de que su forma de cálculo subestima el número de personas que necesitan atención, ya que no incluye en su contabilidad a las personas dependientes por discapacidad o por enfermedades crónicas (Rossel, 2016). Por su parte, la relación de dependencia demográfica representa la dependencia económica por la no participación en el mercado de trabajo de las personas de 0 a 12 años y de 75 y más, sobre la población de entre 15 y 59 años.

⁴⁶ Budendler (2008), en su estudio comparativo de países que demandan cuidados de larga duración, define la relación de dependencia de cuidado como el cociente entre la suma de las poblaciones de menores de 12 años y de mayores de 75 años (con diferencias en el peso entre distintos grupos etarios) y la población de entre 15 y 74 años. El cálculo realizado puede así resumirse de la siguiente manera: 0-6 años= peso 1; 7-12 años= peso 0.5; 75-84 años= peso 0.5; 85 años o más = peso 1. La relación de dependencia de cuidados se calcularía como la suma ponderada de todos esos grupos dividida entre la población de 15 a 74 años.

Para la década de 2030 se invertirá la relación de dependencia demográfica⁴⁷ y ya no serán mayoría los menores de 15 años que dependen de quienes se encuentran en edad productiva, sino que lo serán los mayores de 60 años (Gráfico 6).

También para el año 2042, aproximadamente, se habrá invertido la relación de dependencia de cuidados de menores de 9 años para dar mayor preponderancia a la relación de dependencia de cuidados de mayores de 75 años, etapa en la que se acentúa la presencia de enfermedades crónicas y donde se comienza a presentar una mayor necesidad de cuidados (Daly, 2011; McEniry, 2013, Kumpunen et al., 2019).

Aunque ya se ha dicho que vejez no es sinónimo de dependencia, la evidencia internacional muestra que en un contexto de envejecimiento poblacional aumenta la proporción de personas con riesgo de presentar limitaciones funcionales prolongadas o permanentes, más aún debido a la mala combinación entre la vejez y los estilos de vida poco saludables, que generan malas condiciones de salud en la adultez mayor (Palloni et al., 2005; Cotlear, 2010).

En consecuencia, para plantear alternativas que puedan constituirse como respuestas a este fenómeno, es fundamental saber el tamaño de la población dependiente por edad, por discapacidad o por condiciones de salud crónicas. Con base en una proyección de datos censales se ajustaron los cálculos para las estimaciones arrojadas por el Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica o Estudio Base sobre Cuidados (EBC) realizado en 2018⁴⁸. Este ejercicio permitió estimar en 3.49% (0.31% menor que los cálculos realizados sin la base ponderada) la población que requiere ayuda de terceros para la realización de ABVD, lo cual representa el 3.61% de las mujeres y el 3.38% de los hombres. Esto supone una población potencialmente dependiente de 159,225 individuos (Matus-López, 2019).

La dependencia crece conforme aumenta la edad (Tabla 2). Es así como el 50% del total de personas que requiere ayuda de terceros para la realización de ABVD se ubica en el rango de 61 años o más; por el contrario, entre los 6 y los 14 años únicamente el 13% es dependiente.

Tabla 2. Porcentaje de personas dependientes en Costa Rica por grupos de edad y género

Rangos de edad	Hombre	Mujer	Total
6 a 14 años	14.9%	11.8%	13.4%
15 a 30 años	16.7%	9.1%	12.9%
31 a 45 años	9.1%	10.7%	9.9%
46 a 60 años	11.7%	16.2%	13.9%
61 y más años	47.5%	52.2%	49.9%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado (EBC) en Costa Rica (2018).

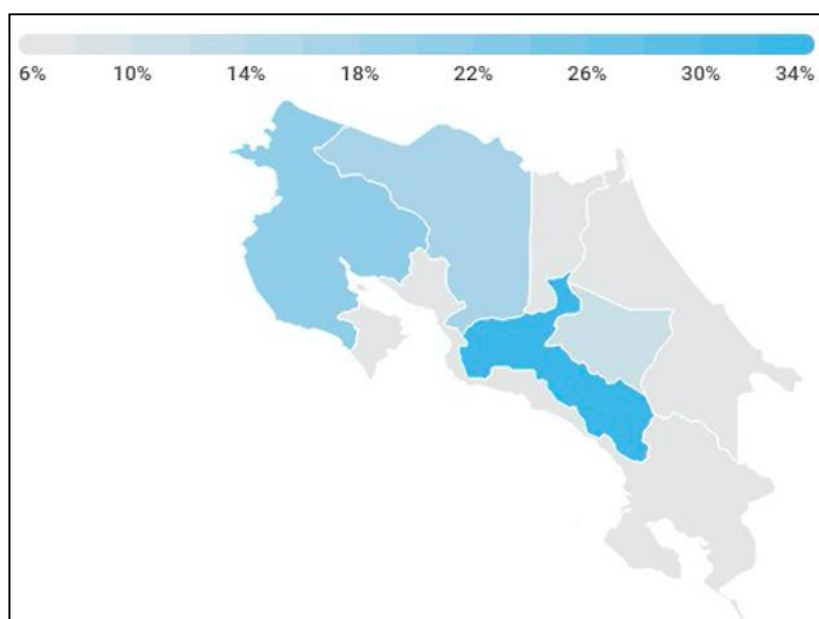
Por su parte, en consonancia con la evidencia internacional, las mujeres son menos dependientes en su juventud; sin embargo, conforme envejecen, además de serlo más, sobrellevan la mayor prevalencia de dependencia.

Asimismo, considerando la perspectiva geográfica en la prevalencia de personas dependientes en Costa Rica, tal como se puede observar en la Ilustración 3 el color oscuro se focaliza mayoritariamente en el valle central, principalmente en la provincia de San José. Sin embargo, es pertinente señalar que Guanacaste es la provincia con mayor prevalencia en dependencia, muy por encima de Alajuela, Cartago y Heredia, que son mayoritariamente urbanas y con mayor densidad poblacional (Ilustración 3).

⁴⁷ Relación de dependencia = ((población de 0-14 + población de 60 y más) / población de 15- 59 años) x100.

⁴⁸ En la proyección de costos para un sistema de cuidados para la atención de la dependencia en Costa Rica se generaron factores de ponderación con base en los datos proyectados de población del INEC, por sexo y tramo de edad, a nivel provincial, lo que permitió la explotación de los datos en el estudio muestral de la referencia, llegando a estimaciones de dependencia consistentes con las tendencias mostradas a nivel internacional en estudios para países con características similares a las de Costa Rica (Matus-López, 2019).

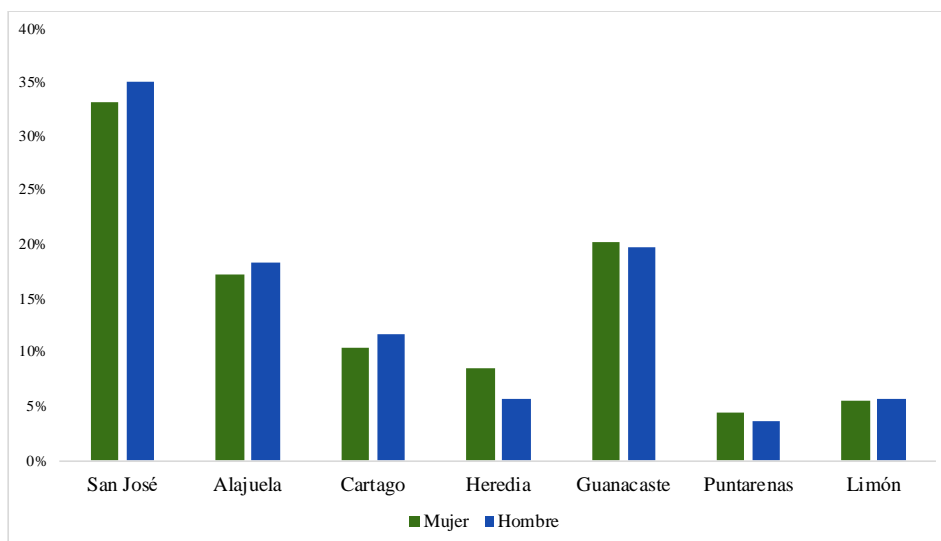
Ilustración 3. Distribución porcentual del total de personas dependientes por provincia



Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado (EBC) en Costa Rica (2018).

Por su parte, la situación de la dependencia por género suele ser uniforme entre las diferentes provincias, aunque en el caso de Heredia la variación es considerablemente amplia para las mujeres. Además, desde la perspectiva regional, es posible identificar que la dependencia es ante todo un fenómeno urbano y que, en las provincias costeras, su peso es menor (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución porcentual del total personas dependientes en Costa Rica por provincia y género



Fuente: Elaboración propia con datos del Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado (EBC) en Costa Rica (2018).

La protección social en la vejez

Además de constatar la importancia relativa del grupo poblacional de personas mayores en relación con los otros grupos de edad, es necesario analizar en qué condiciones las personas viven su vejez. Dentro de esto, es preciso conocer la condición de aseguramiento de las personas mayores para determinar, en un escenario de ausencia de servicios sociales para la atención a la dependencia, la proporción de personas de estas edades que, al menos, tienen acceso a los

seguros que les pueden proveer asistencia social y de salud. Sin coberturas como estas, el envejecimiento puede devenir en la pauperización de condiciones de la persona mayor, incrementándose aún más, si existe, algún nivel de dependencia (Huenchuán, 2014). Teniendo en cuenta que en 2018 cerca de 81,000 personas adultas mayores (13% del total) se encontraban en condición de pobreza y pobreza extrema (MIDEPLAN, 2019), y siguiendo la línea de investigación de Kidd (2015) donde se estudió el impacto de las pensiones en el bienestar y el acceso a servicios sociales y sanitarios, se analizan para el caso costarricense los datos de cobertura y tipo de cobertura de pensión.

Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2018), del total de 794,006 mayores, había 35,659 en condición de no asegurados (21,868 hombres y 13,791 mujeres), equivalentes al 4.49% del total la población adulta mayor. Para el año 2019, con 34,265 mayores más que el año precedente, crece también la cifra de no asegurados hasta el 4.76% (Tabla 3).

Tabla 3. Población de 60 años y + por grupos de edad, sexo y condición de aseguramiento

Sexo y condición de aseguramiento	Total	Grupos de edad		
		60 a 64	65 a 74	75 y más
Ambos sexos	828,271	257,241	346,721	224,209
Asegurado directo cotizante	123,938	83,532	31,483	10,534
Asegurado directo no cotizante	439,353	78,450	223,470	167,801
Asegurados indirectos	190,561	73,230	77,009	39,417
Seguro privado o del extranjero	3,997	930	1,775	1,020
No asegurados	39,427	21,099	12,791	5,537
Condición de aseguramiento ignorada	193		193	

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2019)

El hecho de no tener seguro es un agravante de la condición de vulnerabilidad en que se enfrenta la vejez, más todavía en un contexto en el que se están produciendo transformaciones en la estructura de los hogares que pueden debilitar la red informal disponible para el cuidado de personas dependientes.

Cambios en el tamaño de los hogares

Desde inicios de siglo ha aumentado la proporción de personas mayores que viven solas, al tiempo que las familias reducen considerablemente su tamaño, razón por la cual la capacidad para cuidar en el entorno familiar se ha visto aminorada (Huenchuan, 2014). Si, además, esto se cruza con la severidad de la dependencia, la vulnerabilidad es todavía más adusta: mientras más severo es el nivel de la dependencia, más complejos son los cuidados requeridos (Brimblecombe et al., 2018). Por tal motivo, no todos los cuidados se pueden ofrecer en el entorno familiar y se hace necesario que las personas cuidadoras muestren competencias adquiridas a través de capacitación formal (Caruso et al., 2017). De ahí la importancia de considerar las redes formales e informales como parte de un entorno mayor que asegure un continuo de cuidados (Huenchuan y Rodríguez, 2015).

La situación es particularmente grave en aquellos casos en que los mayores no viven con familiares que puedan cuidarles (13.02%). En 2019, en Costa Rica, más de 100 mil adultos mayores se encontraban en esta situación y más de la mitad eran mujeres (Tabla 4).

Tabla 4. Cantidad de hogares unipersonales de mayores de 60 y más años por grupos de edad y por sexo en Costa Rica

Sexo y condición de aseguramiento	Total	%	Grupos de edad		
			60 a 64	65 a 74	75 y más
Ambos sexos	827,379	*16.36%	257,241	345,829	224,309
Unipersonal	108,603	13.13%	26,429	47,163	35,011
Hombre	377,642	45.64%	120,881	157,052	99,709
Unipersonal	44,178	11.7%	12,807	19,160	12,211
Mujer	449,737	54.36%	136,360	188,777	124,600
Unipersonal	64,425	14.33%	13,622	28,003	22,800

Fuente: INEC-Costa Rica. Encuesta Nacional de Hogares, 2019.

*El porcentaje se hace sobre el total de cantidad (5,058,007) de personas en Costa Rica para el año 2019. Los demás porcentajes se estiman sobre la cantidad total (827,379) de mayores en 2019.

La evolución del tamaño de los hogares en Costa Rica desde el año 2000 hasta el año 2018 (Tabla 5) muestra una clara tendencia a la baja. De hecho, disminuye el porcentaje de hogares con 4 y 5 personas y aumentan los hogares integrados por 1, 2 y 3 personas.

Tabla 5. Evolución del tamaño de la composición de los hogares en Costa Rica entre el año 2000 y 2018

Año	1	2	3	4	5
	persona	personas	personas	personas	personas
2000	6.8%	13.85%	18.83%	24.47%	17.32%
2005	8.57%	15.89%	22.03%	23.39%	15.71%
2010	10.83%	18.86%	22.43%	23.29%	14.08%
2015	11.99%	21.83%	23.97%	22.55%	11.54%
2018	12.92%	23.42%	24.74%	21.36%	10.36%

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares y Propósitos múltiples (2000-2009) y la Encuesta Nacional de Hogares (2010-2018)

Mientras que en el año 2000 los hogares compuestos por una persona alcanzaban el 6.08%, en el año 2009 representaban el 9.06% y en el año 2018 representan el 12.92%, es decir, en un lapso de 18 años, se ha duplicado la cantidad de hogares con solo una persona.

Migración de las mujeres desde el trabajo doméstico no remunerado al mercado laboral

La reducción del tamaño de las familias y el incremento de hogares unipersonales se traduce en una menor disponibilidad de cuidados en el entorno familiar. Sin embargo, no es el único factor que presiona por una mayor oferta de servicios de cuidados. Dado que estos han estado históricamente a cargo de mujeres, su salida del ámbito doméstico no remunerado al mercado del trabajo también es un factor de influencia en el entorno del cuidado (Díaz, 2007; Rodríguez-Cabrero y Marbán, 2012; Rodríguez, 2017; Martínez et al., 2017; Zárate, 2017; Martínez et al., 2018).

Los cambios culturales y el acceso a mejores oportunidades educativas se reflejan en una creciente participación de las mujeres en el mundo laboral: si el 21.8% de las mujeres en edad económicamente activa ostentaban esa condición en el año 1976, en 2017 ya era el 44.9%.

Sin embargo, en vez de utilizar el indicador de la "tasa de participación en el mercado laboral" resulta más conveniente recurrir al indicador de la "tasa de ocupación" (Tabla 6) porque, a diferencia del anterior, que considera en su fórmula la población económicamente activa (sin discriminar entre ocupados y no ocupados), la tasa de ocupación se calcula únicamente con los ocupados y los compara con la población total en edad de trabajar.

Con este indicador⁴⁹ no sólo es posible conocer con precisión el porcentaje de población y de mujeres en edad de trabajar que se encuentran ocupadas, sino también la disparidad que ha existido en la distribución porcentual en la tasa de ocupación entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo, que si bien ha decrecido en el tiempo, es aún desigual, pues las mujeres alcanzan para el primer trimestre del año 2019, una cifra (43.1%) inferior a la tasa de ocupación de los hombres (45.8%) en 1976.

Tabla 6. Evolución de la ocupación neta por sexo en el mercado de trabajo en Costa Rica para el período entre 1976 y 2019

Año	Tasa de ocupación	Hombres	Mujeres
1976	45.8%	72.6%	19.5%
1986	46.9%	70.7%	24.0%
1996	49.0%	69.7%	28.5%
2006	53.3%	70.2%	37.2%
2016	55.9%	70.3%	42.6%
2019	55.4%	67.5%	43.1%

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Planificación y Política Económica y de INEC, ENAHO 2009-2018, Encuesta Continua de Empleo al primer trimestre de 2019.

*Los datos del 2019 corresponden a la Encuesta Continua del Empleo realizada en el primer trimestre de dicho año.

A pesar de esta notable disparidad de género, el nivel de ocupación de las mujeres tiende a presentar un crecimiento constante lo que podría sugerir que seguirá aumentando, más todavía con la aplicación de políticas para la activación laboral femenina que hoy son prioritarias en las políticas laborales y de igualdad de oportunidades en el país⁵⁰.

Un efecto asociado con la migración femenina desde el trabajo doméstico no remunerado al mercado laboral es la reducción del tiempo destinado al cuidado informal de las personas con dependencia temporal o permanente (Huenchuan, 2014). Este cambio de condición laboral femenina limita su disponibilidad horaria para llevar a cabo apoyos y cuidados en el entorno familiar de forma tal, que en ausencia de oferta formal, en ocasiones se produce un declive laboral por el cual deben incurrir en abandonar o reducir sus jornadas remuneradas, para dedicar su tiempo en la realización de las tareas en cuidados y apoyos (Razavi, 2011). Este efecto no se debe desestimar a la hora de pensar en estrategias para apoyar a quienes brindan cuidados en el entorno familiar.

Desde esta perspectiva, mientras las tareas del cuidado sean exclusivamente una responsabilidad de las familias, la pérdida de capacidad relativa para cuidar agudizará la vulnerabilidad tanto de las personas necesitadas de cuidado como de las que lo brindan, dada la desigual distribución del cuidado dentro de las familias (CEPAL, 2017).

Si los cuidados informales en el entorno familiar son realizados por menos mujeres, se producirán presiones por cambios sociales en dos vías: por un lado, la mayor corresponsabilidad del cuidado en el interior de los hogares; y, por otro, el desarrollo de una estructura que dé soporte a estas necesidades con servicios especializados que apoyen esta labor. Esto significa que para satisfacer esta demanda será necesario ampliar progresivamente la cobertura de los actuales servicios, acompañar los ya existentes en diversas instituciones del sector social y probablemente, desarrollar algunos nuevos (Chaverri-Carvajal, 2019).

Si bien el Estado costarricense comenzó a hacerse cargo de esta cuestión hace casi ya una década, los factores sociodemográficos actuales imprimen mayor presión que antes por el lado de la oferta y la demanda para establecer como prioridad la creación de un sistema permanente de cuidados de larga duración.

⁴⁹ El INEC (2019) calcula la tasa de ocupación como el porcentaje de la población ocupada respecto a la población en edad de trabajar. Indica la relación entre las personas que tenían trabajo o trabajaron en la semana de referencia y las que tenían edad para trabajar.

⁵⁰ Ver la Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres en Costa Rica 2018-2030 (INAMU, 2018).

2.2 Bases para la ampliación de la matriz de protección social del país, con énfasis en atención a la dependencia.

La construcción de un sistema de CLD no es un proceso simple. En Costa Rica la trayectoria seguida hasta ahora ha generado hitos importantes en cuanto a la adecuación del marco normativo y la generación de un entorno institucional que ha favorecido la adopción de varias políticas de alto valor para las necesidades de cuidados y atención a la dependencia (Ilustración 4).

Ilustración 4. Hitos recientes de conformación de un sistema de cuidados en Costa Rica



Fuente: Elaboración propia con base en Decretos Ejecutivos, Leyes, Políticas y acciones institucionales.

La dependencia como tal no cuenta actualmente con un marco normativo que organice los servicios de apoyo al cuidado. Al no existir una ley o política que configure la oferta de servicios públicos para atender a las personas dependientes, los servicios existentes funcionan disgregados con un alto grado de autonomía y con una marcada separación entre servicios sanitarios y sociales (Rojas, 2006; CGR, 2016).

No obstante, existen pilares importantes que ofrecen bases para el crecimiento y la articulación de un sistema permanente de promoción de la autonomía, apoyo a los cuidados y atención a la población con dependencia. Entre ellos destacan las acciones dirigidas a la atención de personas mayores y de personas con discapacidad.

Cuidados formales para personas mayores

La institución rectora de las personas mayores en Costa Rica es el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), creado el 19 de octubre de 1999 a través de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley n° 7935). Si bien el CONAPAM tiene el mandato legal de acometer y articular esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los mayores, su ley constitutiva se restringe a las personas en condición de pobreza y vulnerabilidad. Para ello realiza transferencias monetarias a personas físicas o entidades sin ánimo de lucro que se dediquen a cubrir las diversas necesidades de las personas mayores.

Por medio del Decreto Ejecutivo n° 36607-MP, publicado en el diario oficial La Gaceta (n° 117), del 17 de junio del 2011, la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral para la Persona Adulta Mayor fue declarada iniciativa de interés público. Mediante esta declaración, se

insta y autoriza a las instituciones del Estado para que, dentro de su ámbito de competencia y de acuerdo con sus posibilidades, colaboren activamente y aporten recursos materiales y económicos para el desarrollo de las actividades conducentes a la conformación y desarrollo de este programa (CONAPAM, 2012: 11).

Esta red tiene el propósito de articular acciones que garanticen una respuesta integral a las necesidades de las personas adultas mayores, en ámbitos clave como el apoyo a la realización de actividades de la vida cotidiana y la salud. Pone especial énfasis en la asistencia a personas que se encuentran en riesgo social, manteniendo el objetivo de garantizar una vejez con calidad de vida (CONAPAM, 2012: 19).

Esta red está compuesta por diversos actores sociales, entre los cuales destacan los líderes comunales que, sin ser funcionarios de ninguna institución, son los encargados de valorar si una persona cumple los requisitos para acceder a la oferta de servicios de la red. Esta valoración se realiza bajo el criterio de pobreza y vulnerabilidad, pero también abarca consideraciones para la provisión de cuidados para la dependencia. Para esto, el CONAPAM ha desarrollado el baremo que los líderes comunales y las organizaciones de bien social (OBS) aplican a las personas mayores. No existen estadísticas públicas que den cuenta de la cantidad de personas valoradas, ni las prestaciones recibidas en razón de esa valoración.

La oferta de servicios entregados como alternativas para el cuidado de las personas mayores incluye: centros diurnos de atención integral para personas mayores; hogares de larga estancia; subsidio para contar con asistente personal en domicilio; alternativa de reubicación de las personas mayores en una familia solidaria; hogares comunitarios que ofrecen alternativa de residencia temporal y persona cuidadora a grupos de personas mayores; viviendas comunitarias en modalidad de albergue; apoyos para la mejora de infraestructura y equipamiento de la vivienda; ayudas técnicas; ayudas asistenciales para los mayores de escasos recursos, o acciones locales de apoyo a la promoción y la prevención en salud.

Para acceder a estos servicios las personas deben acreditar que poseen escasos recursos y que carecen o cuentan con redes limitadas de apoyo familiar. Adicionalmente, cuando se trata de solicitudes de ayudas técnicas, las personas deben presentar una receta médica o referencia profesional. A su vez, el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) y la propia Caja del Seguro Social, a través del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología y del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), colaboran con a la red de cuidado brindando capacitación a las personas que van a ejercer como cuidadoras subsidiadas por el CONAPAM.

Para tener una referencia del tamaño de algunos de estos servicios en términos de cobertura, en 2017 se atendieron 1,287 personas en centros diurnos, 1,988 personas en hogares de ancianos y 11,529 en centros de atención domiciliaria y comunitaria, para un total de cuidados ofrecidos a 14,804 de mayores. Esto representa un 14% de la población mayor en condición de pobreza, según las proyecciones de población del país, y el 3.8% del total de las personas mayores (Acón, 2017).

En el año 2018, según el Plan Anual Operativo del segundo semestre, la institución logró atender bajo las modalidades anteriormente expuestas a un total de 18,010 personas (CONAPAM, 2019).

En el Plan Anual Operativo (2019) del CONAPAM, la red de cuidado se ubica presupuestariamente en el programa Construyendo Lazos de Solidaridad, el cual incorpora la atención a las personas adultas mayores en condición de pobreza o pobreza extrema, incluyendo a las personas en condición de abandono. Para el año 2019, los recursos presupuestados del CONAPAM son algo más de 19 mil millones de colones (19,178,895,000) millones de colones, de los cuales, para el programa Lazos de solidaridad son algo más de 18 mil millones de colones (18,276,411.000) es decir, alrededor de 27 millones de euros al tipo de cambio del 1 de enero de 2020.

Cuidados formales para personas con discapacidad

Costa Rica cuenta con distintas alternativas de cuidado dirigidas a esta población. Al igual que el CONAPAM, el Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONAPDIS)

otorga subsidios para cubrir el costo de los servicios de cuidado, en el marco del programa institucional Pobreza y Discapacidad.

La oferta de servicios residenciales del CONAPDIS incluye varias modalidades: hogar grupal (modalidad residencial para un máximo de 12 personas con discapacidad en condición de abandono); institución residencial (servicios residenciales para personas que requieren de apoyos y cuidados médicos prolongados o permanentes); residencias privadas (espacio residencial comunitario para grupos de personas con discapacidad en condición de abandono); familia solidaria (estancias temporales en algún sistema familiar); hogar conyugal (para personas que deseen conformarse como pareja); y hogar multifamiliar o unipersonal para apoyar la vida independiente. El CONAPDIS no utiliza instrumentos para medir la dependencia como criterio para asignar subsidios.

Tomando 2017 como año de referencia, la cobertura del CONAPDIS era de 1,346 personas en modalidades residenciales. Las modalidades con mayor número de usuarios fueron la residencia privada (437), la familia solidaria (300) y el hogar multifamiliar (200) (Acón, 2017).

Ahora bien, según las mediciones de la ENADIS (2018) para octubre y noviembre de ese año, en Costa Rica había 670,640 personas con discapacidad, de las cuales el 30.3% (203,036 personas) se encontraban en el quintil 1 (pobreza extrema).

Según la ENADIS (2018), 179,596 personas con discapacidad precisaban en 2018 de algún servicio de apoyo; sin embargo, el 68.87% no los tiene debido que no puede pagarlos. Y el 10% afirma que adquirirlos resulta muy lento. A su vez, según datos de la ENCA (2018) del 59.3% de personas dependientes que no usa algún equipo o aparato, el 31.2% lo necesita, de los cuales el 57.1% afirma que no lo tiene porque “le cobran y no tiene cómo pagarlo”. Esta limitada cobertura puede explicarse por el peso relativo del presupuesto de las instituciones que atienden la dependencia en el presupuesto nacional⁵¹.

Los cuidados informales

Con una prevalencia aproximada de 3.49% (159,225) personas dependientes (EBC, 2018) sobre el total de la población, y con una oferta formal calculada a través de servicios a poblaciones con algún riesgo de dependencia, es decir, personas con discapacidad (1,351 personas) y personas mayores (14,804) es imperativo preguntarse quién cuida o podría cuidar a las personas dependientes en un escenario de ausencia de servicios formales.

El estudio para la caracterización de la dependencia y el cuidado en Costa Rica del 2018 arrojó que el 84.6% de las personas dependientes cuentan con al menos otra persona en el hogar que les apoye en la realización de sus ABVD. Sin embargo, el 15.4% (21,258 personas) no tiene quién les apoye en realizar esas acciones cotidianas aun cuando necesitan del apoyo de otros para su ejecución. De las personas dependientes que sí cuentan con algún apoyo (84.6%), el 89.8% está al cuidado de un miembro del hogar y solo un 10.2% tiene cuidadores en el domicilio que no forman parte de su núcleo familiar más próximo. De acuerdo con este mismo estudio, el 30.6% de los cuidados los realizan los hombres, mientras que las mujeres lo hacen en un 69.4%.

En lo relacionado específicamente con el cuidado de las personas con discapacidad, del total de las que dicen contar con apoyo o asistencia personal (311,214), el 66.08% lo recibe en el hogar; siendo que el 30.2% del cuidado está a cargo de algún hombre mientras que el cuidado mayoritario recae otra vez en las mujeres (69.8%). La asistencia remunerada representa el 9.2% y la no remunerada el 90.8% (INEC-CONAPDIS, 2019).

La Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT, 2017) profundiza en el uso del tiempo y en la distribución social de los cuidados en el entorno familiar. Las diferencias calculadas según esta encuesta no son sólo por sexo, sino también por cantidad de tiempo dedicada a cada actividad. Es así como se determina que las mujeres dedican el 65% del tiempo social promedio (tiempo que la sociedad en su conjunto dedica a determinada actividad) al cuidado y apoyo de miembros del hogar mayores de 12 años y los hombres lo hacen en un 35%. Por su parte, la

⁵¹ Según datos de la Contraloría General de República sobre el presupuesto de 2018, el presupuesto del CONAPAM representó ese año el 0.117% del presupuesto nacional, mientras que el del CONAPDIS llegó al 0,089% para el mismo año.

división del tiempo social promedio dedicado al cuidado de personas totalmente dependientes es un 19.4% para los hombres y un 80.6% para las mujeres.

Esto muestra que no sólo son más las mujeres que realizan cuidados sino también que ellas dedican más tiempo para realizar estas tareas: el 71.6% del total de personas que dedicaban tiempo por semana a los cuidados y apoyos de las personas dependientes son mujeres y el 28.4% son hombres.

Según la ENUT (2017), la distribución sexual del trabajo doméstico no remunerado es del 72.1% para las mujeres y del 27,9% para los hombres, situación que es inversa en el caso del trabajo remunerado donde las mujeres lo tienen únicamente en un 30.4% y los hombres en un 69.6%.

En complemento, el estudio para la caracterización de la dependencia y el cuidado en Costa Rica del 2018 mostró que dos de cada cinco mujeres cuidadoras no se encuentran ocupadas en el mercado de trabajo debido a obligaciones personales relacionadas con el cuidado, mientras que en el caso de los hombres solo es 1 de cada 10. La edad promedio de las personas cuidadoras es de 48 años (hombres 43 y mujeres 50) y el nivel de estudios es de educación primaria en el 58.9% de los casos y de secundaria en el 41.1%, representando las mujeres con primaria el 64,4% y los hombres el 46.4%, mientras que en secundaria o más, las mujeres alcanzan apenas el 35.6%. Ellas son más, tienen más años y menos estudios.

La demanda de cuidados es transversal a todos los estratos socioeconómicos, aunque existen diferencias significativas en cuanto a la forma en que son resueltas esas necesidades. En particular, importa considerar la situación de aquellas personas mayores sin pensión y la de la población con discapacidad sin transferencias económicas, es decir, personas dependientes sin ningún tipo de prestación. Según datos de la ENAHO (INEC, 2018) las personas con discapacidad sin transferencias llegaban ese año al 14.8%, 2.2 puntos porcentuales más que el año anterior. Por su parte, las personas adultas mayores sin pensión alcanzaban al 10.1% de los hogares, medio punto más que en 2017.

En ausencia de apoyos de la oferta formal y de cuidados en el hogar, la exacerbación de la vulnerabilidad toma la forma del abandono, siendo una de sus expresiones más palpables el fenómeno de las estancias prolongadas de las personas mayores en hospitales por razones no médicas⁵².

Esto da a lugar a una repetición sucesiva del ingreso hospitalario de las personas mayores, dado que potencialmente aumentan las probabilidades de adquirir una nueva enfermedad y, por tanto, de profundizar sus limitaciones funcionales. Al mismo tiempo, provoca erogaciones onerosas⁵³ para el sistema público sanitario:

“...una persona adulta mayor que en principio tendría que haber permanecido hospitalizada entre cinco y ocho días, prolonga su estadía entre un mes y hasta más de un año, mientras se localiza algún lugar de asistencia, lo que incrementa el riesgo de adquirir una infección hospitalaria. Adicionalmente, el nosocomio debe asumir los costos mientras el paciente es reubicado en un hogar de larga estancia y estos son muy elevados para el hospital” (FODESAF, 2018:7)

Ante este panorama es vital idear un sistema de servicios sociales que pueda no solo colaborar con la promoción y fortalecimiento de la autonomía de las personas – aún con alguna condición de dependencia -, sino también evitar la contribución al colapso operativo y financiero de los servicios hospitalarios de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)⁵⁴.

⁵² “La falta de opciones de cuidado se concreta en un problema de gestión pública como es el abandono de personas en los diferentes hospitales del país. Según un reporte de historias clínicas –epicrisis- de personas adultas mayores enviado al Conapam por las Jefaturas de Trabajo Social de los Hospitales de la CCSS, se tiene que, aproximadamente, 180 personas de 60 años y más han sido abandonados, en los diferentes centros médicos de la CCSS, durante el 2015. El 71% corresponde a hombres y el 29% a mujeres. La edad promedio de las personas abandonadas es de 77 años y en las causas más comunes de hospitalización se destacan las enfermedades crónicas-degenerativas, descompensación, eventos cerebro vasculares, esquizofrenia, trastornos mentales, entre otros” (Pérez y Avendaño, 2017:18).

⁵³ “Un dato proporcionado por la Dirección Médica del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología (HNGG) señala que el costo de atención diaria es de aproximadamente ₡500,000 colones. El recurso de una cama hospitalaria es importante porque en lugar de destinarse al cuidado de la salud, termina convirtiéndose en una cama de asistencia social. El hospital se encarga de proporcionarle atención médica, alimentos y cuidados. Además, se está al pendiente de que no vaya a tener algún accidente o recaída y de que no contraiga alguna infección” (Pérez y Avendaño, 2017:18).

⁵⁴ Un Sistema de Cuidados de Larga Duración resulta óptimo para dar respuesta a esta problemática, según lo evidencian Costa y Jiménez (2016) en su investigación: “Does Long-Term Care Subsidisation Reduce Unnecessary

CAPÍTULO 3. POR DÓNDE AVANZAR EN LA CONFORMACIÓN DE UNA POLÍTICA DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN COSTA RICA

Como muchos retos sociales, los servicios de apoyo al cuidado y de atención a la dependencia tienen la doble faceta de ser una necesidad de la población y de ofrecer una oportunidad de desarrollo. La necesidad viene dada por la combinación de una mayor demanda de apoyo en el cuidado y de una menor disponibilidad de cuidado informal. La oportunidad se vincula con la apertura de muchas posibilidades: mejorar la calidad de vida de las personas, favorecer la calidad del cuidado que reciben, crear puestos de trabajo, aumentar la afiliación a la seguridad social, fortalecer el sistema de pensiones y liberar la carga de trabajo doméstico no remunerado de las mujeres. Cuando estas y otras razones se hacen evidentes y se dan coyunturas favorables a la generación de cambios estructurales, como la voluntad de legislar a favor de políticas de este tipo, por ejemplo, es posible avanzar sustantivamente en la conformación de este pilar del estado de bienestar. La discusión que sigue es cómo hacerlo.

Esta no es una pregunta nueva y desde comienzos de este milenio existen trabajos que han analizado, con base en la evidencia, cuáles son las primeras cuestiones que deben plantearse en el diseño de un modelo de este tipo (Medellín et al., 2018; Swartz, Miake y Farag, 2012). Los resultados pueden agruparse en cuatro ejes: definición de beneficiarios, propuesta de servicios, gestión y coordinación, y fuentes de financiación.

Definición de personas beneficiarias

La discusión internacional coincide mayoritariamente en definir estos sistemas como universales (Comas-Herrera, Wittenberg y Pickard, 2010; Costa-Font, 2019). El motivo es relativamente lógico: los costos asociados a un evento de dependencia son parte de los denominados de tipo catastrófico, es decir, costos que, por su elevado monto, pueden implicar el empobrecimiento para las familias. Dicho de otro modo, excluir por nivel de ingreso a los potenciales beneficiarios puede ser contraproducente, ya que puede llevar a familias no pobres a cruzar el umbral de la pobreza. Esto no quiere decir que el ingreso no se considere. Este suele ser valorado a la hora de determinar la cuantía del beneficio que se financiará con recursos públicos y de establecer qué parte deberá ser pagada con gasto de bolsillo de las familias. Vale decir, se utiliza como un mecanismo para evitar un gasto público regresivo, pero bajo la premisa principal de que ese gasto privado no excluya a quien lo necesita.

La discusión se vuelve algo más conceptual cuando, por motivos de desarrollo de la red de servicios o por restricciones económicas para financiarlos, se deben establecer prioridades de acceso. Entonces, la universalidad queda como una declaración inicial, ya que no todas las personas dependientes son beneficiarias. Esta priorización suele hacerse en función del grado de severidad de la dependencia o, en su defecto, por edad.

A raíz de ello, surge la necesidad de medir la dependencia y de valorar quiénes son los más graves. Los instrumentos internacionales más conocidos son el Índice Katz (Katz, 1963) y el Índice Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), pero también existen baremos adaptados a las realidades nacionales, como es el caso de Francia (CNSA, 2008), España (MSPSI, 2011) o Uruguay (MIDES, 2018). Todos ellos permiten medir la autonomía y, con base en los resultados de esa valoración, clasificar las situaciones de cada individuo en categorías de severidad.

Para Costa Rica, esta evidencia lleva a plantear dos cuestiones. La primera es que, si el modelo de cuidados que se quiere construir pretende ser de acceso universal, es imperativo conocer cuál es la demanda potencial. La segunda es que, aun siendo universal, la prestación de servicios debería priorizarse, al menos en un comienzo, tomando como referencia el nivel de severidad de la dependencia y/o la edad de las personas.

Hospitalisations?”. En ella calculan una reducción de hasta el 11% de los costes en hospitalizaciones innecesarias, en razón del impacto tras la implementación de un sistema como este en España. Así también, Chomick y MacLennan (2014), en su estudio sobre el envejecimiento y los cuidados de larga duración en Australia, encontraron evidencia del impacto en la reducción de hospitalizaciones costosas gracias a la integración de servicios sociales y sociosanitarios que han logrado descongestión y ahorros en la sanidad.

Como en otras experiencias, las encuestas son la mejor opción para determinar cuántas personas son dependientes. Como ya se ha visto en esta revisión, en Costa Rica se dispone de tres fuentes. La primera es la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENADIS, 2019) que estima que unas 311.2 mil personas de 18 o más años se encuentran en situación de discapacidad y reciben algún tipo de asistencia personal⁵⁵. En segundo lugar, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2018) señala que unas 288.8 mil personas sufren al menos una discapacidad. Finalmente, la encuesta del Estudio Base de Cuidados (EBC, 2018) estima la población que requiere ayuda para las ABVD en 159.2 mil personas, un 3.49% de los mayores de 6 años y un 13% de los mayores de 65 años.

El baremo y las decisiones políticas definirán cómo se priorizará o cuál será la temporalidad en la implementación de un sistema de este tipo. No obstante, la evidencia parece señalar que aproximadamente una tercera parte de la demanda potencial puede estar sufriendo discapacidad severa⁵⁶.

Propuesta de servicios de apoyo al cuidado

Como se ha comentado antes, la literatura internacional clasifica a los CLD en servicios de base domiciliaria (o extramuros) y residenciales (o intramuros), con una tendencia a favorecer los primeros, en una proporción 65% a 35% aproximadamente.

En términos de atención a la dependencia, los intramuros son aquellos que incluyen alimentación, cuidados y alojamiento, y van desde centros médico-geriátricos hasta residencias para mayores. En los de base domiciliaria, la variedad de servicios es mayor y puede incluir desde cuidados profesionales en el hogar, hasta reducciones tributarias por la compra de aparatos de apoyo (Ilustración 5).

Ilustración 5. Clasificación de servicios de atención a la dependencia



Fuente: Elaboración propia con base en OCDE (2017), Morley (2012) y Matus-López (2015)

En cuanto a la forma de provisión, se ha visto que los servicios pueden entregarse en especie o como una transferencia monetaria para que sean adquiridos por los propios beneficiarios (*cash-for-care*). Sobre la adecuación de uno u otro tipo, la evidencia es variable y depende del tipo de transferencia y su monto. Distintas opciones pueden dar resultados muy

⁵⁵ Esto es, aproximadamente el 8.4% de ese grupo de edad y el 24% entre mayores de 65 años. De acuerdo con esta fuente, las personas con discapacidad son aquellas "que presentan restricción en su participación como producto de la interacción entre su condición de salud (enfermedad, trastorno o deficiencia) y las barreras contextuales, actitudinales y ambientales". En total, estas son 670,640 personas de 18 y más años. No obstante, muchas de ellas pueden realizar una vida diaria. De hecho, 267,167 están ocupadas en el mercado de trabajo, el 59.1% señala que los apoyos y ayudas de las que dispone son suficientes y el 64,6% identifica como producto de apoyo anteojos o lentes de contacto. Así, 247,314 personas señalan estar satisfechas o muy satisfechas con su capacidad de realizar las actividades de la vida diaria.

⁵⁶ Por ejemplo, la END 2019 estima que el 79% de las personas con discapacidad la sufre en grado severo. Mientras que la ENAHO 2018 señala que el 21.4% de las personas con discapacidad sufren dos o más problemas. A nivel internacional, España y Francia, permiten agrupar las categorías en tres niveles. En esta clasificación, entre el 35% y 29%, respectivamente, se ubican en el nivel más grave. En el caso de España, se corresponde con Nivel III y en el caso de Francia, con las categorías GIR 1 y GIR 2.

diversos e, incluso, ser contradictorios con el objetivo propuesto (Da Roit y Gori, 2019; Da Roit y Le Bihan, 2010)⁵⁷.

En el caso de Costa Rica, estas decisiones deben considerar dos hechos. El primero es que existe cierta experiencia de gestión en términos de prestaciones económicas para servicios residenciales, centros de día y atención domiciliaria, tanto en CONAPAM y CONAPDIS como en la Junta de Protección Social. En segundo lugar, que la cobertura de servicios en la modalidad residencial es baja. En el último censo, menos de tres mil adultos mayores estaban cubiertos por servicios de esta modalidad.

La lógica de priorización por severidad indica que el inicio del sistema podría partir por la adecuación, reforma y coordinación de los centros residenciales. Mientras, parece factible avanzar paralelamente en una red de servicios de atención en el domicilio, para los más graves. Ello, debido a que las residencias requieren de una inversión en infraestructura y un tiempo de ejecución que la atención domiciliaria no requiere. Por último y debido a su bajo costo, se puede considerar el despliegue de servicios de apoyo en modalidad de tele-cuidado.

En cuanto a la forma de provisión, aunque el país tiene experiencia en las prestaciones económicas para cuidado, se corre el riesgo de que se consolide el cuidado informal o se desvirtúe como un subsidio encubierto contra la pobreza. Tanto la ENADIS de 2019 como la EBC de 2018 señalan una concentración de las personas dependientes en los quintiles de menos ingresos⁵⁸. A menos que la administración tenga la capacidad de controlar el gasto final de la prestación económica y la calidad del cuidado recibido, no parece apropiado fomentar la provisión por transferencia.

Gestión y coordinación

Existen dos cuestiones a considerar en este punto. La primera es cómo se organiza, bajo una política de este tipo, la estructura de servicios que ya existe en el país. La segunda es la coordinación de los servicios de salud con los servicios sociales para atender a las personas dependientes con una lógica de integralidad en el cuidado.

Lamentablemente no existen estándares aplicables a todos los países. La mayor parte de la evidencia está condicionada por las realidades y dinámicas institucionales de cada Estado. Sin embargo, parece que lo más complejo de esto es comprender que las políticas de dependencia no son una extensión de lo que ya existe, sino la organización de un nuevo modelo que antes no existía o que, en el mejor de los casos, estaba reducido a programas fragmentados y focalizados en la población más pobre.

Como se ha expuesto en el capítulo 2 de este documento, los países con sistemas gubernamentales descentralizados favorecen la gestión del modelo desde los gobiernos locales, aunque centralizando algunas funciones como la definición de beneficiarios, el baremo y las principales regulaciones⁵⁹.

Costa Rica tiene una amplia experiencia en el trabajo intergubernamental, lo que podría ofrecer una base importante para aprovechar esas plataformas de coordinación e integrar servicios bajo una lógica de continuidad en los cuidados (Medellin, Jara Maleš y Matus-López, 2019). Sin embargo, un esfuerzo de esta envergadura requiere de una estructura con capacidad de trabajo suficiente para coordinar esta política, y altos estándares técnicos para asegurar oportunidad y calidad en la provisión.

El segundo punto, la coordinación socio-sanitaria, se refiere a la forma en que la política de atención a la dependencia organiza el modelo más amplio de cuidados de larga duración.

⁵⁷ Si, como ocurre en España, se entrega una prestación para cuidado por un familiar, se termina traduciendo en una ayuda económica que puede no tener vinculación con la mejora del cuidado ni con la promoción del empleo femenino. Por otra parte, cuando el valor es tan alto como el coste del servicio, el precio que puede obtener la persona, de forma individual, puede ser menos eficiente que la negociación del Estado por un mayor número de servicios.

⁵⁸ De acuerdo a la ENADIS de 2019, el 52,5% de las personas con discapacidad se concentran en los dos quintiles de menores ingresos, mientras que la ECD de 2018 señala que el ingreso promedio de los hogares dependientes es menos de la mitad del de los no dependientes.

⁵⁹ El Centro de evaluación de necesidades de cuidado (*Centrum Indicatiestelling Zorg*, CIJZ) en los Países Bajos. En el caso de España, la coordinación está a cargo de un Consejo Territorial, adscrito al Ministerio de Sanidad, en el que participan los representantes sectoriales de los gobiernos regionales.

Es decir, los mecanismos de complementariedad y sustitución entre la atención residencial y servicios de base domiciliaria, con la atención primaria, intervenciones agudas, cuidados paliativos y de acompañamiento al final de la vida (Brink y Kelly, 2015).

Esta es una preocupación constante de los gestores e implica un importante desafío institucional. La revisión sistemática de la literatura permite identificar, al menos, tres ámbitos de coordinación. El primero corresponde a la creación de redes de cooperación entre el sistema médico y el social, y la disponibilidad de sistemas de información compartidos (Antúnez y Moreira, 2011). El segundo tiene que ver con la formación y desarrollo de recursos humanos, favoreciendo equipos multidisciplinarios y reuniones de coordinación entre responsables en atención primaria, servicios de base domiciliaria, atención hospitalaria y residencias (Amador et al., 2016; Oldenhoff et al., 2016).

Por último, se debe formular un modelo de asignación del financiamiento socio-sanitario, que genere incentivos a la cooperación y a la eficiencia en la atención (Maarse y Jeurissen, 2016; Bakx y Van Doorslaer, 2015).

Financiamiento

La financiación es una de las cuestiones más preocupantes para los gobiernos debido a que las proyecciones y estudios internacionales auguran un incremento en la presión de los costos relacionados con la atención a personas adultas mayores. De acuerdo con la UE, el costo total de los cuidados de larga duración (médico y social) podría aumentar entre 1.2 y 1.6 puntos del PIB en las próximas décadas, rondando un promedio del 3% del PIB en 2070 (EC, 2018). Aunque sólo una parte corresponde a servicios de atención a la dependencia, los valores son considerables y ponen en evidencia la necesidad de generar espacio fiscal para su desarrollo.

La revisión de la evidencia muestra que, cuando existen sistemas públicos, las fuentes más utilizadas son los impuestos generales, nacionales o locales, las contribuciones sociales de empleadores y trabajadores, y el copago. Por último, y con menor éxito, se han incorporado algunos seguros privados complementarios (Costa-Font, Courbage y Swartz, 2015)⁶⁰.

De estos estudios se desprende que no existe un modelo mejor que otro, sino que cada uno responde a las propias características y especificidades nacionales. Por ejemplo, en países donde existen problemas de empleo informal, no parece conveniente cargar el peso en las contribuciones sociales de los trabajadores, mientras que en situaciones de bajos ingresos, el copago, por muy bajo que sea, puede excluir a personas que necesiten el servicio.

En el caso de Costa Rica, las primeras estimaciones de costos indican que un sistema centrado en los casos más severos podría requerir unos 235 millones de dólares brutos. Es decir, cerca de medio punto del PIB. Esta es una cifra que se ajusta a la evidencia internacional, si se considera que el ingreso per cápita del país fue de 12,017 dólares en 2018 (BCCR, 2019).

No obstante, de este monto cabe descontar el gasto actual en los servicios fragmentados que ya existen y que se desplazarían al ámbito del nuevo sistema. Asimismo, no incluye la parte de retenciones e impuestos sobre el gasto en salarios, que vuelve a las arcas fiscales, ni tampoco los posibles copagos que pudieran establecerse. Por último, cabría considerar el impacto de alivio de gasto sobre el sector de la salud que, en la actualidad, representa casi el 30% del gasto público total (WHO, 2016).

En cuanto a la forma de financiamiento, los recursos más viables en el corto plazo pueden provenir de reasignaciones presupuestarias y de incremento en la recaudación de impuestos generales, provenientes del crecimiento económico, es decir, de una redistribución sobre los incrementos marginales de los ingresos del Estado. Estos son unos mecanismos que podrían ser determinantes a la hora de definir la gradualidad en la implementación del sistema⁶¹.

⁶⁰ Se debe tener en cuenta que, en la situación más ineficiente, la ausencia de un sistema carga todo el costo en el gasto de bolsillo en las familias. Mientras menos ingresos tengan los hogares afectados, mayor será el impacto sobre el consumo y la actividad económica.

⁶¹ No obstante, esto no excluye que pueda ser necesario complementar estos recursos con otras fuentes, que pueden ir desde las tradicionales contribuciones sociales a impuestos pro-sanitarios (alcohol, tabaco, bebidas azucaradas, etc.), sobre plataformas tecnológicas, sobre contaminación, etc.

MENSAJES FINALES

Costa Rica tiene ante sí un momento crucial para el ajuste de sus políticas sociales, pues debe hacer frente a los retos generados por una sociedad cada vez más envejecida (Medellin, Jara Maleš y Matus-López, 2019). Con una base importante de cobertura prestacional en servicios sociales y de salud, debe mirar prospectivamente cómo integrar mejor lo que ya existe y dónde invertir para desarrollar una base de servicios que dé respuesta a una demanda cada vez más exigente. A la luz de los antecedentes revisados en este documento, los siguientes son los aspectos que parece clave incorporar en la discusión sobre rutas críticas y próximos pasos.

Es necesario contar con una política de cuidados de larga duración. El envejecimiento ya es una realidad en Costa Rica. La experiencia de países desarrollados que envejecieron antes y ya se han adaptado a esta nueva condición muestra que el desafío es mucho más amplio que generar programas que atiendan las situaciones de vulnerabilidad más acuciantes, como las condiciones terminales de salud o el abandono de personas mayores. Aunque sin duda estos son componentes necesarios en cualquier sistema de protección social, no pueden constituir el núcleo de una política de cuidados de larga duración porque la demanda de cuidados es más amplia que eso.

En consecuencia, el reto es pasar de programas que ofrecen apoyos al cuidado, más centrados en las opciones residenciales y con mecanismos altamente selectivos, a servicios de cuidado propiamente universales. Prepararse para hacer frente a los retos de una sociedad envejecida plantea la necesidad de tomar medidas estructurales que impulsen los cambios necesarios, para acelerar transformaciones igualmente necesarias. Un sistema que piensa y actúa para responder a los desafíos vinculados a la vejez debe prepararse para atender un repertorio amplio de necesidades y tener carácter permanente.

Se trata de cuidados de larga duración, no solo de dependencia. Si bien ambas cuestiones forman parte del mismo concepto amplio sobre el cuidado, es importante atender sus diferencias y analizar la red de protección social y sus servicios desde las dos perspectivas, para que efectivamente sea un modelo integral. La atención a la dependencia debe comenzar tempranamente, con una promoción de estilos de vida saludables y con la prevención del deterioro de la salud. De esta forma, las intervenciones en etapas anteriores del ciclo de vida trasladarían a la etapa de la vejez la preocupación por mantener esas formas de vida con buena salud y reservarían la atención a la morbilidad como segundo objetivo.

Junto con eso, es importante considerar que la dependencia, en tanto limitación de capacidades funcionales que hace que las personas necesiten de la ayuda de otras para realizar actividades de la vida diaria, necesita de apoyos específicos. Y que, mientras más severa es la dependencia, más especializados y diversos deben ser esos apoyos. Esto explica por qué una red de servicios para el cuidado no debe considerar solamente las opciones residenciales, permanentes y diurnas. También debe incluir un repertorio amplio de opciones de apoyo al cuidado en el hogar (desde apoyo para la realización de tareas domésticas y soportes a la movilidad, hasta la sustitución del cuidado para la liberación de carga a los cuidadores informales del hogar).

Invertir en servicios para contener el gasto de la dependencia desatendida. Un efecto natural del envejecimiento poblacional es que los ciudadanos demandarán cada vez más nuevos y mejores servicios, lo cual generará presión sobre el gasto. Más todavía si aún hay brechas de cobertura en servicios y beneficios esenciales para la protección frente a riesgos de la vejez. En un contexto de restricción fiscal puede haber una reticencia mayor a destinar más fondos al financiamiento de nuevos programas o a la ampliación de los servicios ya existentes. Una medida racional sería reasignar presupuesto, destinando recursos de áreas de gasto donde se pueden hacer ahorros, para ampliar la base de cobertura de los servicios de atención a la dependencia. Pero con la expectativa de avanzar hacia la transformación del cuidado como un derecho universal, la trayectoria de la oferta de servicios debe ser de crecimiento, al menos hasta cubrir a los grupos que resulten priorizados para la atención.

El tema de los costos de los servicios y, en consecuencia, el nivel de inversión razonable para el aseguramiento de la provisión, depende de varios factores. El tamaño de la demanda real es el primero a considerar pero, también, distintas modalidades para abordar necesidades de apoyo al cuidado. Lo cierto es que, un sistema de cuidados de larga duración no se puede implementar sin adecuar la oferta de servicios a la magnitud y a las características de su demanda.

Esto puede implicar inversiones para fomentar la provisión de servicios de cuidado institucional y, también, diversificar las modalidades de apoyo a los cuidados en el hogar. Sobre los primeros, aunque se trata de los servicios de mayor costo, son esenciales para atender las necesidades de la población con dependencia severa, sin redes propias y que requieren cuidados médicos y asistenciales más complejos. Sobre los segundos, la diversidad de opciones para proveerlos puede también servir como estrategia de contención de costos (no todos los servicios de apoyo al cuidado en domicilio requieren de profesionales, y no todos requieren presencialidad, pudiendo ser la teleasistencia un buen complemento de la atención directa).

Las modalidades de financiamiento también son una ruta por explorar. Los países que consolidan sistemas de cuidados de larga duración tienden a privilegiar aportes fiscales directos por la vía de los impuestos generales y de otras estrategias de recaudación y, en algunos casos, por la conformación de fondos mancomunados para la cobertura de riesgos por la vía de los seguros. Sin embargo, hay otras opciones para explorar, como las modalidades de financiamiento mixto, con aporte de fondos privados e, incluso, la alternativa del copago por parte de los usuarios finales y sus familias.

La integración sociosanitaria como requisito para la eficiencia del sistema de cuidados.

La solidez de las instituciones costarricenses constituye una garantía de éxito para plantear reformas sociales que agreguen valor a lo que ya se ha consolidado, después de una larga trayectoria de desarrollo de un sistema de bienestar social de alto estándar. Como se ha visto, las necesidades de apoyo al cuidado en sociedades envejecidas, y donde hay mayor demanda de asistencia por limitaciones funcionales que generan dependencia, no se pueden resolver con un instrumento único. Y, por la naturaleza misma de lo que implica el cuidado, las redes de servicios necesitan sostenerse simultáneamente sobre dos pilares: el social y el sanitario.

Así, la creación de un sistema de cuidados de larga duración debe ser una agenda transversal, que requerirá de muchas decisiones relacionadas entre sí, tanto sobre los mecanismos de financiamiento, como sobre la provisión. La integración para el cuidado sociosanitario de la población debe prever la existencia de mecanismos de coordinación eficientes, que permitan dar una mirada conjunta a la demanda, y generar las articulaciones necesarias para que los proveedores sean también eficientes en esa coordinación.

REFERENCIAS

- Abramo, L.; Cecchini, S. y Morales, B. (2019). *Programas sociales, superación de la pobreza e inclusión laboral: aprendizajes desde América Latina y el Caribe*, Libros de la CEPAL, n° 155 (LC/PUB.2019/5-P), Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/c1900117_web.pdf.
- AEDGSS, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2019). *XIX Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Disponible en: <https://www.directoressociales.com/images/Dec2019/info%20global%20xix%20dictamen%20V2-2.pdf>. Acceso el 1 de julio de 2019.
- Amador, S.; Goodman, C.; Mathie, E. y Nicholson, C. (2016). Evaluation of an organizational intervention to promote integrated working between health services and care homes in the delivery of end-of-life care for people with dementia: Understanding the change process using a social identity approach. *International Journal of Integrated Care*, 16(2), 1-11. doi: 10.5334/ijic.2426.
- Antunes, V. y Moreira, J. P. (2011). Approaches to developing integrated care in Europe: A systematic literature review. *Journal of Management y Marketing in Healthcare*, 4(2):129-135. doi: 10.1179/175330311X13016677137743.
- Aranco, N.; Stampini, M.; Ibararán, P.; Medellín, N. (2018) *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Resumen de Políticas N° IDB-PB-273. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Aranco, N. (2019). *Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia. Resumen Uruguay*. Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo. doi: 10.18235/0001607
- Bakx, P.; Meijer, C.; Schut, F. y Doorslaer, E. (2015). Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health Economics*, 24(6), 631-643. doi:10.1002/hec.3050
- BCCR, Banco Central de Costa Rica. (2019) Indicadores Económicos. Disponible en: <https://www.bccr.fi.cr/seccion-indicadores-economicos/producci%C3%B3n-y-empleo>. Acceso el 16 de julio de 2019.
- Becker, U. y Reinhard, H. J. (2018). *Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach*. New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-70081-6
- Bihan, B. y Martin, C. (2013). Steps Toward a Long-Term Care Policy in France: Specificities, Process, and Actors. En C. Ranci y E. Pavolini (Eds), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (pp. 139-157). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-4502-9_7
- Boyoung, J. y Soonman, K. (2017). Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: Policy Challenges and Lessons. *Health Systems & Reform*, 3:3, 214-223, DOI: 10.1080/23288604.2017.1345052.
- Brimblecombe, N.; Fernández, J. L.; Knapp, M.; Rehill, A. y Wittenberg, R. (2018). Review of the international evidence on support for unpaid carers. *Journal of Long-Term Care*, September, 25-40. doi:10.21953/lse.ffq4txr2nftf
- Brink, P. y Kelley, M. L. (2015). Death in long-term care: A brief report examining factors associated with death within 31 days of assessment. *Palliative Care: Research and Treatment*, 9:1-5. doi: 10.4137/PCRT.S20347
- Brown, J. y Finkelstein, A. (2007). Why is the market for long-term care insurance so small? *Journal of Public Economics*, 91(10), 1967–1991. doi: 10.1016/j.jpubeco.2007.02.010
- Browne, B. (2011). Long Term Care insurance in Australia. *Actuary*, 5–7. Disponible en: https://www.actuaries.asn.au/Library/AAArticles/2011/AA-AUG2011_web_pp5-7.pdf
- Budlender, D. (2008): *The statistical evidence on care and non-care work across six countries*. Paper n°. 4. Ginebra: Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. Disponible en: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/F9FEC4EA774573E7C1257560003A96B2/\\$file/BudlenderREV.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/F9FEC4EA774573E7C1257560003A96B2/$file/BudlenderREV.pdf).
- Camacho, J.; Rodríguez, M. y Hernández, M. (2008). El sistema de atención a la dependencia en España: evaluación y comparación con otros países europeos. *Cuadernos geográficos*, 42, 37-52. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/cuadgeo/article/view/1131>
- Caruso, M; Galiani, S e Ibararán, P. (2017): *¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas y de políticas*. Resumen de Políticas N° IDB-WP-834. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

- Cecchini, S.; Filgueira, F.; Martínez, R. y Rossel, C. (2015). Instrumentos de protección social Caminos latinoamericanos hacia la universalización. Libros de la CEPAL nº 136 (LC/G.2644-P), Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38821/S1500279_es.pdf?sequence=1
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía* (LC/CRE.4/3/Rev.1). Santiago: CEPAL.
- Chaverri-Carvajal, A. (2019). *La dependencia en Costa Rica: hacia una política de cuidados de larga duración* (Trabajo final de máster). Universidad de Salamanca, España.
- CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg. (2019). Feiten en cijfers. Disponible en: <https://www.ciz.nl/over-ciz/feiten-en-cijfers>. Acceso el 22 de mayo de 2019
- Cid, C. y Matus-López, M. (2018). *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- CNSA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2008). *Le modèle AGGIR. Guide d'utilisation*. Disponible en: https://www.cnsa.fr/documentation/guide_aggir_2008.pdf. Acceso el 11 de julio de 2019.
- Colombo, T.; Llana-Nozal, A.; Mercier, J. y Tjadens, F. (2011). *Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. doi: 10.1787/9789264097759. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/oecd_helpwanted_en.pdf.
- Comas-Herrera, A.; Wittenberg, R. y Pickard, L. (2010). The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England. *Social Policy & Administration*, 44(4), 375–391. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00719.x
- Comas-d'Argemir, D.; Deusdad, B. y Dziegielewski, S. (2016). Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2): 246-262.
- Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S., y Vilaplana, C. (2017): "Does long-term care subsidisation reduce unnecessary hospitalisations?" Documentos de trabajo (FEDEA), 5: 1-42.
- (2019). The Rolling Out and Back of Universal Long-Term-Care Supports in Europe. *Generations. Journal of the American Society on Aging*, 43(1), 40–45.
- Costa-Font, J.; Courbage, C. y Swartz, K. (2015). Financing long-term care: Ex ante, ex post or both? *Health Economics*, 24(51), 45-57. doi: 10.1002/hec.3152.
- Cotlear, D. (Ed.). (2010). *Population aging: is Latin America ready?* The World Bank. doi: 10.1596/978-0-8213-8487-9.
- Daly, Mary. (2011). What adult worker model? A critical look at recent social policy reform in Europe from a gender and family perspective. *Social politics: international studies in gender, state & society*, 18 (1): 1-23. doi: <https://doi.org/10.1093/sp/jxr002>
- Da Roit, B. (2013). Long-Term Care Reforms in the Netherlands. En C. Ranci y E. Pavolini (Eds). *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (pp. 97–115). New York, NY: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-4502-9_5
- Da Roit, B. y Gori, C. (2019). The transformation of cash-for-care schemes in European long-term care policies. *Social Policy & Administration*, 53(4), 515–518.
- Da Roit, B. y Bihan, B. (2010). Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *The Milbank Quarterly*, 88(3), 286–309.
- Díaz, R. (2007). Feminización de la dependencia. Reflexiones sobre el sistema para la autonomía y la atención a personas en situación de dependencia. *Revista Portularia*, 7, (1-2). Disponible en: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3995/feminizacion_de_la_dependencia.pdf?sequence=1&rd=0031827898933167
- Dijkhoff, T. (2018). Long-Term Care in the Netherlands. En U. Becker y H.J. Reinhard (Eds). *Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach* (pp. 309–352). Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-70081-6_8
- Doty, P.; Nadash, P. y Racco, N. (2015). Long-Term Care Financing: Lessons from France. *Milbank Quarterly*, 93(2), 359–391. doi: 10.1111/1468-0009.12125
- Durán-Heras, M. (2006). Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60: 57-73. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (España). Disponible en: http://www.mitramiss.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est04.pdf

- EC, European Commission. (2012). *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. European Economy, 2. Disponible en: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm.
- EC, European Commission. (2018). *The 2018 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*. Institutional Paper, 79, 406.
- EC, European Commission. (2019). Health and long-term care. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/employment-and-social-inclusion-indicators/social-protection-and-inclusion/health-long-term-care> Acceso el 22 de mayo de 2019.
- ESCAP, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2015). *Long term care for older persons in the Republic of Korea. Development, challenges and recommendations*. SDD SPPS Project Working Papers. Serie Long Term Care for older persons in Asia and the Pacific. United Nations: ESCAP. Social Development Commission.
- Esping-Andersen, G. (2002): *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press: Oxford.
- Folbre, N. (1995). Holding hands at midnight: The paradox of caring labor. *Feminist Economics*, 1:1, 73-92, DOI: 10.1080/714042215
- Gascón, S. y Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Serie Políticas Sociales N° 207 (LC/L.3875), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/1/S1420237_es.pdf.
- Harper, S.; Howse, K. y Baxter, S. (2011). *Living longer and prospering? Designing and adequate, sustainable and equitable UK state pension system*. Club Vita LLP y The Oxford Institute of Ageing, University of Oxford. Disponible en: <https://www.ageing.ox.ac.uk/download/76>.
- Huenchuan, S. (2014). *¿Qué más puedo esperar a mi edad? Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 153-168. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39554/S1421014_es.pdf?sequence=1.
- Huenchuan, S. y Rodríguez, I. (2015). *Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: Diagnóstico y lineamientos de política*. Documento de proyecto (LC/W.664). Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/S1500754_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Huenchuan, S. (ed.). (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*. Libros de la CEPAL, n° 154 (LC/PUB.2018/24-P). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Huete, A. (2019). Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de Protección Social. Resumen de Políticas n° IDB-PB-305. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. doi: <http://dx.doi.org/10.18235/0001702>.
- International Labour Office. (2017). *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*. Ginebra: ILO.
- Jiménez-Fontana, P. (2019). *Oportunidades económicas del bono de género en Costa Rica*. Centro Centroamericano de Población. Programa Estado de la Nación. Agosto.
- Jiménez-Lara, A. (2015). Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro. En F. Flores-Martos (Coor.), *La protección de la dependencia: ¿Un pilar de barro?* Documentación Social Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. Madrid: Cáritas Española Editores.
- Katz, S.; Ford, A.; Moskowitz, R. W.; Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*. 185, 914–919.
- Kaufmann, O. (2018). Long-Term Care Benefits under the French Social Protection System. En C. Ranci y E. Pavolini (Eds), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (pp. 93–119). Cham: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-70081-6_4
- Kelders, Y. y De Vaan, K. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Netherlands*. Disponible en: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19861&langId=en>. Acceso el 30 de junio de 2019.

- Kidd, S. (2015). Establishing comprehensive national old age pension systems. *Materials on Development Financing*, nº. 8 (July). Frankfurt am Main, Germany: KfW Development Bank.
- Linstead, R. (2012). Health Care System Structure and Delivery in the Republic of Korea. Considerations for Health Care Reform Implementation in the United States. Descargado en: <https://cpb-us-w2.wpmucdn.com/sites.udel.edu/dist/a/7158/files/2018/01/health-care-system-structure-and-delivery-in-the-republic-of-korea-considerations-for-health-care-reform-implementation-in-the-united-states-1ux63k0.pdf>.
- Maarse, J. y Jeurissen, P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241–245. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.01.014
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Martínez-Buján, R.; Roldán, S. y Sastre, M. (2018). *La atención a la dependencia en España. Evaluación del sistema actual y propuesta de implantación de un sistema basado en el derecho universal de atención suficiente por parte de los servicios públicos. Estudio de su viabilidad económica y de sus impactos económicos y sociales*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Martínez-López, J.; Frutos, L. y Solano, J. (2017). Los usos de las prestaciones económicas de la dependencia en el municipio de Murcia. Un estudio de caso. *Revista Española de Sociología*, 26: 97-113. Disponible en: <https://www.fes-sociologia.com/files/journal/33/full-issue.pdf>.
- Matus-López, M. (2015). Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas. *Cadernos de Saúde Pública*. doi: 10.1590/0102-311x00039315
- Matus-López, M. y Pedraza, C. C. (2016). New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay. *Journal of the American Medical Directors Association*. doi: 10.1016/j.jamda.2016.04.001
- Matus-López, M. y Rapun, M. (2016). Los cuidados para la atención a la dependencia. En L. Gálvez (Ed.), *La Economía de los Cuidados* (pp. 163–186). Sevilla: DeCulturas.
- McEniry, M. (2013). Early-life conditions and older adult health in low-and middle-income countries: a review. *Journal of developmental origins of health and disease*, 4(1), 10-29. doi: <https://doi.org/10.1017/S2040174412000499>.
- Medellín, N.; Ibararán, P.; Matus-López, M. y Stampini, M. (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. doi: 10.18235/0001129
- Medellín, N.; Jara Maleš, P. y Matus-López, M. (2019). *Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Meheus, F. y McIntyre, D. (2017). Fiscal space for domestic funding of health and other social services. *Health Economics, Policy and Law*. Doi: 10.1017/S1744133116000438
- MIDES, Ministerio de Desarrollo Social. Uruguay. (2018). Construcción de baremos para valoración de dependencia. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/99818/1/construccion-de-baremos-para-valoracion-de-dependencia.pdf>. Acceso el 11 de julio de 2019.
- Morley, J. (2012). Aging in Place. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6): 489–492. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2012.04.011>.
- MSS, Ministère des Solidarités et de la Santé. Francia. (2019). DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible en: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>. Acceso el 22 de mayo de 2019.
- MVWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Holanda. (2019). Monitor Langdurige Zorg. Disponible en: from <https://www.monitorlangdurigezorg.nl>. Acceso el 30 de mayo de 2019.
- MSCBS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. España. (2019). IMSERSO. Estadística mensual SAAD. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm. Acceso el 9 de mayo de 2019.
- MSPSI, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. (2011). Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174>. Acceso el 11 de julio de 2019.

- Muir, T. (2017). *Measuring social protection for long-term care*. OCDE Health Working Papers, nº 93. París: OCDE Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. Panorama de la Población Mundial: Revisión 2017. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
- NHIS. (2019). National Health Insurance and Long-Term-Care Insurance System in Republic of Korea. National Health Insurance Service.
- OCDE, Organization for Economic Co-operation and Development. (2011). *Health at a Glance 2011*. París: OCDE Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2011-en.
- OCDE, Organization for Economic Co-operation and Development. (2017). *Health at a Glance 2017*. París: OCDE Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2017-en.
- OCDE Organization for Economic Co-operation and Development (2017), OCDE Reviews of Health Systems: Costa Rica 2017. París: OCDE Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264281653-en>
- OCDE, Organization for Economic Co-operation and Development. (2018). Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA 2011. Disponible en: <https://www.OCDE.org/els/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>. Acceso el 30 de mayo de 2019.
- OCDE, Organization for Economic Co-operation and Development. (2019). OCDE Statistics. Disponible en: <https://stats.OCDE.org/>. Acceso el 15 de mayo de 2019.
- OEA, Organización de Estados Americanos. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 9 de junio de 2015, Washington, D.C.
- Oldenhof, L.; Stoopendaal, A. y Putters, K. (2016). Professional talk: How middle managers frame care workers as professionals. *Health Care Analysis*, 24(1):47-70. doi: 10.1007/s10728-013-0269-9.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *A glossary of terms for community health care and services for older persons*. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, 5 (sin número) <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Envejecimiento y salud*. Nota descriptiva nº 404. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
- Palloni, A.; McEniry, M.; Wong, R. y Peláez, M. (2005): Ageing in Latin America and the Caribbean: implications of past mortality. En *Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures*. United Nations Population Division. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/82ba/0297e4de005053156b56a173396753e2ef83.pdf>.
- Pérez Noguera, Andrea, y Roberto Avendaño. 2017. "Informe estudio evaluativo modalidad atención domiciliar y comunitaria (abandonados) Programa Construyendo Lazos de Solidaridad (CONAPAM)." San José, Costa Rica. https://fodesaf.go.cr/acerca_del_fodesaf/transparencia/estudios_iice/Estudio%20de%20programa%20CONstruyendo%20lazos%20CONAPAM%202019.pdf.
- Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. (2018). Informe Estado de la Nación 2018. PEN-CONARE. San José.
- Rayo, D. (2016). Panorama demográfico de Centroamérica. Quinto Informe de Estado de la Región. Programa Estado de la Nación. San José. Descargado en: <http://hdl.handle.net/20.500.12337/641>
- Razavi, S. (2011). Rethinking care in a development context: an introduction. *Development and Change*, 42(4), 873-903. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.2011.01722.x>.
- Rhee, J. C.; Done, N. y Anderson, G. F. (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: Comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, 119(10), 1319-1329. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.001>.
- Rodríguez, A. (Dir.). (2004). *Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1), 13-42. Disponible en: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/198716.pdf>.

- Rodríguez-Cabrero, G. y Marbán-Gallego, V. (2012): La atención a la dependencia desde una perspectiva europea. En E. del Pino y M. Rubio (dir.), *Los estados del bienestar en la encrucijada; políticas sociales en perspectiva comparada*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Rodríguez, P. (2017): El apoyo a las familias que cuidan en su domicilio a personas que necesitan cuidados de larga duración. La experiencia de la Fundación Pílares para la autonomía personal. En D. Casado y F. Fantova, *Discapacidad y dependencia: apoyos a familiares cuidadores*. Colección Políticas sociales en Europa. Barcelona: Editorial Hacer.
- Rojas, R. (2006). El reto institucional de la atención al adulto mayor al 2025. *Revista Gestión*. Vol. 14, nº 2 Segundo Semestre, pp.13-22.
- Salvà, A. (2004). Envejecimiento y dependencia. Institut Català de l'Envel·liment. Universitat Autònoma de Barcelona. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2006;41(Supl 1):4 3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-1309607>.
- Scheil-Adlung, X. (2015). *Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries*. International Labour Office. Extension of Social Security series; No. 50. ILO. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.
- Shrivastava, S. R.; Shrivastava, P. S. y Ramasamy, J. (2013). Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. *International journal of preventive medicine*, 4(10), 1224–1225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3843313/>.
- Sidorenko, A. (2014). Tres cursos de acción para el empoderamiento de las personas mayores. En S. Huenchuan y S. Rodríguez (dir.), *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Santiago: CEPAL, 2014. LC/L. 3942. p. 119-130. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39554/S1421014_es.pdf?sequence=1.
- SPF, Service Public Français. (2019). Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Disponible en: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>. Acceso el 20 de mayo de 2019.
- Spillman, B. y Lubitz, J. (2000). The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *New England Journal of Medicine*, 342(19), 1409-1415. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10805827>.
- Swartz, K.; Miake, N. y Farag, N. (2012). Long-term care: Common issues and unknowns. *Journal of Policy Analysis and Management*, 31(1), 139–152. doi: 10.1002/pam.20629.
- Tandon, A. y Cashin, C. (2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. Washington, DC: World Bank. Disponible en: www.worldbank.org/hnppublications Acceso el 01 de julio de 2019.
- Tenand, M.; Bakx, P. y Van Doorslaer, E. (2018). Long-term care use in the Netherlands: equal treatment for equal needs? An assessment using administrative data. En *Netspar International Pension Workshop* (pp. 1–70). Disponible en: <https://www.netspar.nl/publicatie/equal-long-term-care-for-equal-needs-with-universal-and-comprehensive-coverage-an-assessment-using-dutch-administrative-data/>. Acceso el 02 de julio de 2019.
- WHO, World Health Organization. (2016). Domestic general government health expenditure as percentage of general government expenditure. *Global Health Observatory*. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGGESHA2011?lang=en>. Acceso el 12 de julio de 2019.
- WHO, World Health Organization. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>. Acceso el 20 de mayo de 2019.
- Zalakain, J. (2017). Atención a la dependencia en la UE: modelos, tendencias y retos. *Derecho Social y Empresa*, 8, 19-39. Disponible en: <https://www.dykinson.com/revistas/revista-derecho-social-y-empresa/atencion-a-la-dependencia-en-la-union-europea-modelos-tendencias-y-retos/8277/>.
- Zárate, B. (2017). La dependencia diez años después de la Ley 39/2006: un derecho social problemático que olvidó a la familia como sujeto cuidador. *Revista Persona y Derecho*, (76), 179-207. Disponible en: <https://www.unav.edu/publicaciones/revistas/index.php/persona-y-derecho/article/view/8058>.

LEGISLACIÓN Y DOCUMENTOS OFICIALES

- Acón Monge, K. (2017). Análisis de costos de prestaciones principales de cuidado y proyecciones de gasto ante escenarios de aumento de cobertura de servicios. Trabajo no publicado. Informe de consultoría.
- Barahona, M. (2017). Sistema Nacional de Cuidados Costa Rica: Bases para la articulación de una Política Pública. Trabajo no publicado. Informe de consultoría.
- Beirute, T. (2017). La corresponsabilidad social de los cuidados en Costa Rica: Legislación vigente y algunos apuntes sobre las políticas públicas. Trabajo no publicado. Informe de consultoría.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2011). Política nacional de envejecimiento y vejez 2011-2021. San José, Costa Rica. 2011. Presidencia de la República.
- (2012). Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. 2ª Versión: revisada y ampliada, octubre del 2012. San José, Costa Rica.
- (2019). "Informe de evaluación Plan Operativo Institucional. Segundo semestre 2018." San José, Costa Rica. <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/Informe%20POI%20II%20Semestre%20Diciembre%202018.pdf>.
- Contraloría General de la República (CGR). (2016). Informe de auditoría de carácter especial sobre la interrelación de los programas de transferencias dirigidos a la población adulta mayor. División de Fiscalización Operativa y Evaluativa. Área de Fiscalización de Servicios Sociales. DFOE-SOC-IF-31 de agosto, 2016.
- Constitución Política de Costa Rica, 1949.
- Costa Rica. Ley N° 7935 Integral para la Persona Adulta Mayor y su Reglamento. *Asamblea Legislativa de Costa Rica*. 1999.
- Costa Rica. Ley N°9303 de Creación del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. *Asamblea Legislativa de Costa Rica*. 2015.
- División de Población de las Naciones Unidas. n.d. "World Population Prospects 2019".* <https://population.un.org/wpp/DataQuery>.
- Encuesta Continua de Empleo al primer trimestre de 2019. (2019). Resultados Generales. ISSN: 2215-3136. San José, Costa Rica.
- Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018. (2019). Metodología. INEC-CONAPDIS. San José, Costa Rica.
- Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. (2018). Ficha Descriptiva, Programa Lazos de Solidaridad. San José: Dirección General de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. https://fodesaf.go.cr/prog_soc_selectivos/programacion_anual/fichas_cronogramas/2018/fichas/Ficha%20descriptiva%20CONAPAM%202018.pdf.
- Gaceta N°83, de 30 de abril de 2010: criterios para la distribución de recursos de la Ley N° 8718 de la Junta de Protección Social.
- Gobierno de Costa Rica y Ministerio de Salud. (2016). Plan Nacional de Salud 2016-2020. San José, Costa Rica.
- Gobierno de España (2006), Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Jefatura de Estado, Madrid. [En línea]: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>.
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). Política Nacional para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres (2018-2030). Colección Políticas públicas para la igualdad y equidad de género, n° 12: Estrategias e instrumentos de política pública, n° 14. San José, Costa Rica. ISBN 978-9968-25-363-5.

- INEC. Estadísticas demográficas. 2011-2050. Proyecciones nacionales. Población total por años calendario, según sexo, grupos quinquenales de edades y edades simples. <http://www.inec.go.cr/poblacion/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017: Resultados generales [recurso electrónico] / Instituto Nacional de Estadística y Censos, Universidad Nacional. IDESPO; Instituto Nacional de las Mujeres. 1ª ed. San José, Costa Rica: INEC.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). Instituto de Estudios Sociales en Población e Instituto Nacional de las Mujeres. (2018). Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2017. Resultados Generales. ISBN: 978-9930-525-27-2. Disponible en: (http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca_virtual/reenut2017.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica). (2014). Costa Rica a la luz del censo 2011. San José: INEC. ISBN: 978-9968-683-91-3. Disponible en http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/anpoblaccenso2011-01.pdf_2.pdf).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad. 1950 – 2050. Disponible en: http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/poblacion/estimaciones_y_proyecciones_de_poblacion/publicaciones/repoblacv1950-2050-01.pdf. Acceso el 20 de febrero de 2019.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). Estadísticas demográficas 2018. Mortalidad materna tiende a disminuir. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/noticia/mortalidad-materna-tiende-disminuir>.
- MIDEPLAN. (2019) Plan Nacional de Desarrollo y de Inversión Pública del Bicentenario 2019-2022. Descargado en: https://documentos.mideplan.go.cr/share/s/ka113rCgRbC_ByIVRHGqrA.
- Matus-López, M. (2019). Prospección de costos de un sistema de cuidados para la atención de la dependencia en Costa Rica. Trabajo no publicado. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Política Nacional en Discapacidad 2011-2021. (2011). Incluye el Decreto N° 36524-MP-MBSF-PLAN-S-MTSS-MEP. Política Nacional en Discapacidad 2011-2021 ISBN: 978-9968-791-16-8. 1ª ed. Heredia, Costa Rica.