

**Presiones de oferta y demanda sobre  
políticas formales de cuidados en  
Latinoamérica**

**Mauricio Matus López y  
Paula Rodríguez-Modroño**

### **Mauricio Matus López**

Doctor en Economía por la Universidad de Málaga, España; Ingeniero Comercial por la Universidad Austral de Chile. Profesor del Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. Su campo de investigación económica gira en torno a la desigualdad y bienestar, principalmente en términos de salud y género. Fue asesor de Gobierno del Ministerio de Salud de Chile (2002 a 2005) y participó en la Comisión de la Reforma de Salud AUGE en el mismo período. Ha sido consultor del Ministerio de Planificación de Chile para la valoración de impacto distributivo del gasto en salud, y de la OIT para el estudio económico de enfermedades catastróficas. En los últimos años ha participado en varios proyectos de investigación europeos, nacionales y autonómicos. En este sentido, ha sido parte del equipo evaluador de la Iniciativa Comunitaria Equal para Andalucía, dirigida a promover nuevas prácticas de lucha contra todo tipo de discriminación y de desigualdad en el mercado de trabajo.

### **Paula Rodríguez-Modroño**

Doctora en Economía por la Universidad de Sevilla y Máster en Desarrollo por la Universidad de Cambridge, Reino Unido. Profesora del Departamento de Economía, Métodos Cuantitativos e Historia Económica de la Universidad Pablo de Olavide. Su área de investigación son los estudios de desarrollo, bienestar y mercados de trabajo desde un enfoque de género. Es experta del PNUD sobre “Trabajo no remunerado, género y economía del cuidado”; del UN Women Roster en “Políticas Macroeconómicas”, y del Grupo de investigación “Economía Ecológica, Feminista y Desarrollo”. Fue miembro de la red europea *Gender and Well-being*, y de la Comisión para la implantación del Eje Transversal de Género del Instituto de Estadística de Andalucía. En 2012 recibió el X Premio de Investigación del Consejo Económico y Social-Andalucía.

Las comunicaciones con los autores pueden dirigirse a:  
E-mails: [prodmod@upo.es](mailto:prodmod@upo.es)  
[mmatlop@upo.es](mailto:mmatlop@upo.es)

La velocidad a la que se está produciendo el envejecimiento, el aumento de las necesidades de cuidados y las características sanitarias de los países del Sur encienden una luz de alerta.

## Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica

### Introducción

América Latina está envejeciendo y los diagnósticos (Cotlear, 2011; Huenchuan, 2013a) coinciden en que no está preparada para enfrentar las consecuencias socioeconómicas relacionadas con la atención a la población en situación de dependencia. A pesar de los avances normativos para el reconocimiento de derechos en materia de cuidados, las reformas planteadas para construir un pacto social inclusivo, que incorpore la protección social a mayores y discapacitados a través del desarrollo de programas públicos y redes formales (CEPAL, 2012 y 2014a), parecen aún insuficientes.

Aunque algunos indicadores señalan que hay todavía una distancia considerable entre la situación en la que se encontraban los países ricos cuando debieron adoptar políticas de dependencia y la realidad actual de la región latinoamericana, la velocidad a la que se está produciendo el envejecimiento, el aumento de las necesidades de cuidados y las características sanitarias de los países del Sur encienden una luz de alerta. Lo que tardó cerca de medio siglo en Europa, es posible que se produzca en solo dos o tres décadas en la región (Cotlear, 2011; CEPAL, 2013), y las tesis optimistas de morbilidad no parecen aplicarse para Latinoamérica, donde el incremento de la demanda de servicios asociados a enfermedades crónicas y degenerativas parece ser prácticamente inevitable (Medici, 2011). Además, todo ello deberá enfrentarse con muchos menos recursos públicos de los que disponían los países ricos cuando implantaron sus servicios de atención a la dependencia (Huenchuan, 2013a).

Las cifras respaldan estas opiniones. La relación entre personas menores de 65 años y las mayores de esa edad en el conjunto de la región latinoamericana se redujo de 23,6 a 16,7 entre 1970 y 2000. En solo quince años se espera que caiga a 6,4 y que en 2050 apenas existan 4,3 menores por cada adulto mayor. Las razones más directas son dos. La tasa de fecundidad de las mujeres latinoamericanas ha caído de 5,56 a 2,77 hijos/as entre 1970 y 2000 y la esperanza de vida se ha extendido de 59 a 71 años de edad en este mismo período.

---

Recibido: 21-04-2014. Aceptado: 08-08-2014.

En menos de cuatro décadas se proyecta que el primer indicador no alcance el mínimo de reposición y se sitúe en 1,82 y que la esperanza de vida supere los 80 años promedio (CELADE, 2013).

A los impactos de la transición demográfica cabe agregar el debilitamiento de la capacidad de las familias para cuidar de manera informal a las personas mayores. Tradicionalmente han sido las madres, esposas e hijas las que han realizado estos trabajos de cuidados, pero a lo largo de las últimas décadas, su incorporación al mercado laboral ha reducido sus horas disponibles. En solo 20 años, 1980-2000, la tasa de actividad de las mujeres pasó del 31,9% al 47,9% y en las próximas dos décadas se espera que supere el 60% (CELADE, 2013). Sin una correspondiente asunción de trabajo de cuidados por parte de los hombres, por cultura o factibilidad real, las opciones de cuidados familiares serán mucho menores.

Este escenario se ve agravado aún más con la emigración. Cerca del 4% de la población de América Latina ha emigrado. En México este valor alcanza el 9,4% y en algunos países de Centroamérica supera el 20%. Tal como señala CEPAL (2006), la actual feminización de este fenómeno responde a las “cadenas globales de cuidados” (Hochschild, 2000: 131), es decir, migraciones de mujeres de los países pobres para realizar trabajos de cuidados que las mujeres mayoritariamente, y en menor medida los hombres, de los países ricos han dejado de realizar en favor de su incorporación a una actividad laboral remunerada. Esta reorganización global de los cuidados no solo refuerza la división de género de los cuidados (Ehrenreich y Hochschild, 2002), sino que tiene también una consecuencia directa sobre la menor capacidad de provisión de cuidados informales en el ámbito familiar por parte de las sociedades latinoamericanas, al exportar la crisis de cuidados de los países del norte a los países del sur (Benería, 2006; Pérez Orozco, 2006).

En el contexto descrito, ¿tienen los gobiernos latinoamericanos tiempo para reaccionar?, ¿disponen de recursos para hacerlo? En el presente artículo se trata de dar respuesta a estas dos cuestiones a través de un análisis comparativo de la situación actual de los países de la región con las condiciones en las que se encontraba una quincena de países ricos cuando desarrollaron sus sistemas para el cuidado de personas dependientes.

El documento se divide en cuatro secciones, además de esta introducción. En la siguiente sección se identifica el momento crítico en que los países ricos debieron crear sus sistemas de cuidados

para la dependencia o el punto en el que debieron reformarlo drásticamente. En la segunda parte se desarrolla el marco conceptual de análisis, con base en el cual se seleccionan las variables de análisis de los condicionantes críticos de la oferta y demanda de servicios de cuidados en la atención a la dependencia. En una tercera se presentan los resultados de este análisis y, finalmente, en la sección cuarta se resumen las conclusiones del mismo.

### **1. Origen de los sistemas de atención a la dependencia**

Poco más de una quincena de países poseen políticas formales organizadas gubernamentalmente para el cuidado y atención a las personas en situación de dependencia. Sin embargo, los diseños, grados de desarrollo, cobertura y servicios son heterogéneos entre los distintos países y sus resultados, difícilmente comparables. Incluso en la definición misma de dependencia no existe homogeneidad y se engloban en un mismo conjunto los cuidados de largo plazo y los de incapacidad permanente.

En este trabajo se utilizan las definiciones más generales al respecto y se consideran como políticas para la atención a la dependencia aquellas que ofrecen cuidados de larga duración, asociados principalmente a las consecuencias del envejecimiento y la discapacidad (aunque no únicamente a ellas) y que están dirigidas a personas que necesitan la ayuda de terceros para realizar las actividades de la vida diaria (OCDE, 2005; Consejo de Europa, 1998).

#### ***Países de la OCDE***

El grupo de comparación se seleccionó con base en la revisión bibliográfica de informes nacionales e internacionales, sistemas de información y artículos científicos, y está constituido por Alemania, Austria, Dinamarca, EE.UU., España, Finlandia, Francia, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Italia, Japón, Noruega, Portugal y Suecia.

Los informes utilizados corresponden a tres fuentes. En primer lugar se analizaron 22 informes nacionales del proyecto *Assessing Needs of Care in European Nations* (ANCIEN 2009-2012). Este proyecto estuvo compuesto por 20 países de la Unión Europea con el objetivo de definir la demanda, oferta y uso de los cuidados de larga duración (LTC, por sus siglas en inglés) para las personas mayores en Europa y comparar los modelos entre sí.

El segundo grupo de informes son estudios anuales de 24 países del proyecto *Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms* (ASSIP 2012). Esta es una red de expertos

Todos los países tienen un antecedente previo a la atención a la dependencia, relacionada con sus sistemas de salud, de bienestar o de invalidez, que se puede remontar al inicio de la segunda mitad del siglo XX.

internacionales que comparten información sobre el impacto de las políticas sociales mundiales. Realizan evaluaciones de las políticas nacionales e informes anuales.

A estos informes se agregan los resultados de la exploración del *Mutual Information System on Social Protection* (MISOOC 2013) para 32 países. Este es un sistema de información sobre protección social de los países miembros de la Unión Europea más Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza. Una de sus bases de datos específicas compara los sistemas de cuidados de larga duración de estos países en torno a trece variables de evaluación como acceso, servicios, etc.

En cuanto a los artículos científicos, se analizó un total de 16 estudios que tratan explícitamente sobre políticas de cuidados de larga duración o de cuidados de la dependencia, comparando uno o más modelos. Estos son los de: Ribbe ...[et al] (1997); de Da Roit, Le Bihan y Osterle (2007); de Campbell, Ikegami y Kwon (2009); de Campbell, Ikegami y Gibson (2010); de Comas-Herrera, Wittenberg y Pickard (2010); de Costa-Font (2010); de Da Roit y Le Bihan (2010); de Karlsson, Mayhew, Plumb y Rickayzen (2006); de Karlsson, Iversen y Oien (2010); de Le Bihan y Martin (2010); de Santana (2010); Rostgaard (2011); Fernández y Forder (2012); Szebehely Trydegard (2012); Vaquerizo ...[et al] (2012); Swartz, Miake y Farag (2012); y Swartz (2013).

Todos los países tienen un antecedente previo a la atención a la dependencia, relacionada con sus sistemas de salud, de bienestar o de invalidez, que se puede remontar al inicio de la segunda mitad del siglo XX. Esta relación puede ser más o menos directa. Por ejemplo, en las décadas siguientes a la Segunda Guerra Mundial los países nórdicos construyeron un Estado de bienestar amplio que incorporaba explícitamente los derechos a los cuidados derivados de la dependencia. En otros casos, como el español y el portugués, la aprobación de un cuerpo legal reciente es el que ha venido a crear nuevos derechos para los ciudadanos, instaurar sistemas que antes no existían y coordinar una política de cuidados socio-sanitaria.

Por este motivo, existe un componente arbitrario en la asignación de una fecha de inicio del sistema de atención a la dependencia en cada uno de estos países. Es decir, las condiciones que existían en un año determinado, denominado *año base*, en el que dichos países acometieron reformas o crearon los sistemas de protección para la dependencia. A fin de reducir al máximo esta discrecionalidad se han analizado y discutido los antecedentes proporcionados por la bibliografía señalada. En muchos casos existe coincidencia acerca

de este “año base”, aunque con algunas fluctuaciones de dos o tres años. Para el objetivo de este trabajo, dichas variaciones son irrelevantes puesto que las variables seleccionadas para el estudio varían poco de año en año.

El resultado de este proceso de análisis histórico-bibliográfico clasifica los 15 países en cuatro grupos. En primer lugar se encuentran los casos de España y Portugal, con débiles antecedentes previos directos. La razón principal de ello es que ambos países comenzaron a construir sus Estados de bienestar con un retraso temporal de varias décadas en comparación con el resto de Europa. Así, los sistemas aprobados mediante los cuerpos legales -Ley 39/2006, de 14 de diciembre, en España y el Decreto-Lei N° 101/2006 de 6 de junio, en Portugal- crearon un sistema que previamente no existía y ampliaron los derechos de sus ciudadanos.

Un segundo grupo está formado por Alemania, Austria, Francia, Italia y Japón. En estos casos existen claros antecedentes previos, pero también es posible identificar puntos de ruptura que han dado origen a reformas importantes de servicios de atención a la dependencia. En el caso de Alemania, el antecedente remoto más importante fue la aplicación por parte de los gobiernos locales de la Ley Federal de Asistencia Social de 1962. Sin embargo, la fecha seleccionada como año base corresponde al período 1995-1996 cuando se creó el Seguro de Cuidados de Larga Duración (*German Pflegeversicherung*) como sistema organizado gubernamentalmente para dar respuesta a esta problemática. Algo similar ocurrió en Austria. En este caso fue la Reforma Federal de 1993 (*Bundespflegegeldgesetz*, BPGG) la que desplazó al antiguo funcionamiento fragmentado de servicios ofertados por los gobiernos locales. En Francia, la necesidad de reformar el sistema de protección social llevó a que en 1986 el *Reporte Braun* alertara sobre la urgencia de afrontar los problemas socioeconómicos derivados del envejecimiento poblacional. Las reformas acometidas a partir de entonces tuvieron escaso éxito y su implementación fue fragmentada en los gobiernos locales (*départements*). Por ello, el punto de inicio se suele situar en 1997, con la aprobación de la *Loi N° 97-60 du 24 janvier*, que creó una transferencia monetaria para financiar los gastos de cuidados (*Prestation Spécifique Dépendance*), que más tarde, en 2001, se transformaría en la *Allocation Personnalisée à l'Autonomie*. El modelo italiano es complejo de clasificar. Tiene su origen en la prestación monetaria denominada *Indennità di Accompagnamento*, creada en 1980 para las personas con invalidez o discapacidad. Sin

embargo, a partir de 1992 ha sufrido múltiples intentos de reforma que han sido incapaces de coordinar los servicios ofertados localmente con la ayuda establecida estatalmente. Para el presente trabajo se clasifica en este grupo y se sitúa el año 1992 como base, aunque también podría haber sido incorporado como caso en el cuarto grupo que se presenta más adelante. Japón cierra este segundo grupo con una amplia trayectoria en políticas para mayores; este país tiene sus antecedentes más directos en el Servicio de Asistencia Social de 1963 (*Rojin Fukushi Ho*) y más recientemente en la Ley de Servicios Médicos para Mayores, de 1982 (*Rojin Hoken Ho*). No obstante, la presión demográfica y la necesidad de controlar costes, le llevó a iniciar un nuevo proceso de reforma en 2000 que se tradujo en la creación de un Seguro Obligatorio para Cuidados de Larga Duración (*Kaigo Hoken*).

El tercer grupo está compuesto por las experiencias nórdicas de Suecia, Noruega, Finlandia y Dinamarca, a las que se puede sumar Holanda. En estos países, los antecedentes previos son robustos y se basan normalmente en la creación de un sistema de seguridad social integrado y amplio que incluía más o menos directamente los derechos a la atención a la dependencia. Por otra parte, algunos de estos países, especialmente Suecia y Noruega, debieron actuar con rapidez al ser los primeros países que se enfrentaron a un rápido envejecimiento de su población. Estos modelos partieron mayoritariamente (si no absolutamente) como de gestión y provisión públicas, pero el incremento de sus costes y la aplicación de la Nueva Administración Pública en los años 80 y 90 les impulsó a la mercantilización de los mismos. El efecto más notable en este sentido fue la aprobación de reformas que incorporaron en la canasta de beneficios una transferencia monetaria de uso para contratación de servicios públicos o privados. En este trabajo, este punto de inflexión es el que se considera como año base. Para el caso de Suecia, este quiebre se situó en la *Ädel Reform* de 1992, que dio una orientación de los cuidados más enfocada hacia los servicios sociales y a la administración municipal. Para Noruega, las reformas que van en el mismo sentido comienzan con el *Municipal Health Care Act* de 1984. En Finlandia, la base del modelo se encuentra en el Acta de Bienestar Social de 1982 (*Sosiaalihuoltolaki*), pero el antecedente directo más relevante es el Acta de Cuidados Informales de 1993 (*Laki omaishoidon tuesta*). En Dinamarca, las reformas se iniciaron con la creación de la Comisión Nacional para el Envejecimiento de principios de los años ochenta, que se consolidó

Holanda es un caso paradigmático. Estableció un Seguro Obligatorio en 1968 que cubría los problemas de dependencia en todas las edades. No obstante, a principios de los noventa se vio abocada a reformar el sistema. En 2001 se introdujo una prestación económica para la contratación de servicios de cuidado de la dependencia.

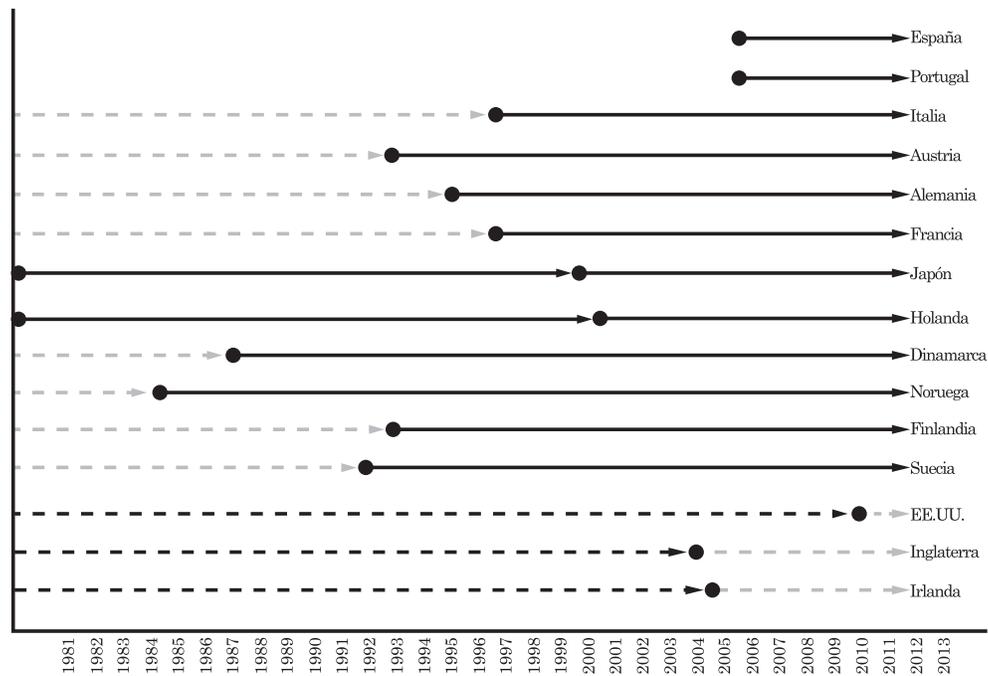
en la adopción por parte del parlamento de una canasta de servicios para la dependencia en 1987 (*Ageing Package*). Holanda es un caso paradigmático. Estableció un Seguro Obligatorio en 1968 que cubría los problemas de dependencia en todas las edades (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*) y que se desarrolló de forma relativamente estable las dos décadas siguientes. No obstante, a principios de los años noventa se vio abocada a reformar el sistema. En 2001 se introdujo la *Persoongebonden Budget* (PB), una prestación económica para la contratación de servicios de cuidado de la dependencia. Las razones esgrimidas fueron el control de costes, pero también la mayor libertad de elección de la persona dependiente y el intento de acercar los cuidados al hogar de la persona beneficiaria.

El último grupo de países está constituido por Inglaterra, Irlanda y Estados Unidos. Los modelos en estos tres países tienen sus orígenes en una protección médica más general de la población. Para Estados Unidos, el origen puede establecerse con la creación del programa *Medicare* en el marco del *Social Security Amendments* de 1965. En Inglaterra, su punto de partida estuvo dado por el *National Assistance Act* de 1948 y en Irlanda, el *Health Act* de 1970. No obstante, los servicios contemplados en estos modelos son muy restringidos y han funcionado más como una red de última instancia que como un sistema formalmente organizado y especializado. Los tres países vienen debatiendo sobre sus modelos desde los años noventa y esta discusión se ha agudizado en los últimos años, aunque con escasos resultados. Podemos considerarlos como modelos colapsados, que se encuentran a las puertas de una reforma que llega tarde con respecto al resto de países ricos. En Inglaterra, la Comisión *Dilnot* de 2011 acaba de presentar sus recomendaciones de reforma en 2013 y se está a la espera de que se transforme en proyecto de ley. En Estados Unidos, el modelo sanitario está en discusión y la ampliación de la cobertura y beneficios del programa *Medicare* se ha transformado en uno de los cuatro pilares de la reforma sanitaria (*Care Act*) de Obama para 2014. Por último, en el caso de Irlanda, la discusión más cercana se remonta a 2003, con una forzada expansión gradual de los beneficios por parte de los municipios, pero sin consolidarse en una reforma ordenada.

En resumen, se ha identificado el denominado “año base” (representado en la Figura 1) en función de las características de los grupos anteriormente descritos. En el primer caso se corresponde con el año en que se aprobó la normativa legal que estableció el sistema de cuidado a la dependencia (España y Portugal). En el segundo grupo,

aunque existen antecedentes previos más robustos, se consideró para este efecto la creación de un nuevo modelo o la introducción de seguros obligatorios para el cuidado de larga duración (Italia, Austria, Alemania y Francia). En el tercer grupo, el año base se corresponde con el momento aproximado en el que la presión sobre la cobertura o los costes obligaron a reformar los sistemas existentes, como se explica precedentemente (Japón, Holanda, Dinamarca, Noruega, Finlandia y Suecia). Por último, en el cuarto grupo (EE.UU., Inglaterra e Irlanda), se utilizó como punto de comparación el último año con información disponible, normalmente 2012, a la vista de que las reformas aún no se han acometido.

**Figura 1**  
**Inicio o puntos de quiebre de las políticas de cuidados para la dependencia**  
**(año base) en países del grupo de comparación**



Fuente: elaboración propia.

### ***Países latinoamericanos***

En la última década, América Latina ha realizado importantes avances en materia de cuidados y protección de la población mayor. Hitos importantes han sido la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, de 2003, la Declaración Brasilia de 2007, y la Carta de San José adoptada en 2012 sobre los derechos de las personas mayores (Huenchuan, 2013b). La mayoría de los progresos son todavía meramente normativos, pero constituyen un paso importante, pues a través de las propias constituciones, los tratados internacionales y las leyes nacionales los países se encuentran obligados a asegurar los derechos económicos, sociales y culturales de la ciudadanía (Sepúlveda, 2014), entre ellos el derecho al cuidado, a la seguridad social o a la protección.

Esta creciente incorporación de un enfoque de derechos en los instrumentos de política pública es incipiente y la región aún debe avanzar en la implementación práctica. Los programas vigentes parecen ser insuficientes en términos de presupuestos y coberturas (CEPAL, 2012).

Una de las principales complejidades es la heterogeneidad en los sistemas de protección social y grados de madurez de los mismos entre los países latinoamericanos. Mesa-Lago (2009) realiza una clasificación de los sistemas de seguridad social de la región en función del nivel de desarrollo, la importancia del sector informal en la cobertura, la tasa de pobreza y la transición demográfica de la población. De esta forma, clasifica a seis países (Chile, Costa Rica, Uruguay, Brasil, Argentina y Panamá) en el grupo más desarrollado, tres países en el grupo intermedio (Colombia, Venezuela y México) y los restantes nueve en el grupo de menor desarrollo.

Lo interesante de esta clasificación es que el autor la construye en una relación inversa al denominado bono demográfico. Este bono es el período en el cual la transición demográfica afecta a la caída de la tasa de fecundidad sin incrementar aún el número de personas mayores dependientes. Es decir, se produce un aumento de la población económicamente activa en proporción a personas dependientes (menores y mayores), dando cierta situación favorable al país para reaccionar frente al próximo envejecimiento. De esta manera, los seis países del primer grupo tienen menos margen temporal para implementar políticas de cuidados a dependientes mayores, y los del tercer grupo pueden disfrutar aún de esta posición ventajosa.

**Menos de la mitad de los latinoamericanos de 65 y más años recibe pensiones en 2011. Solo cuatro países muestran valores elevados: Argentina (90,7%), Brasil (84,7%), Chile (84,2%) y Uruguay (85,6%). Hay que bajar hasta el 45,6% para encontrar a Panamá, y al 32,9% a Ecuador (urbano). Todas las demás naciones tienen menos de una quinta parte de los mayores percibiendo pensiones.**

Particular importancia tiene el desarrollo y cobertura de los sistemas de pensiones de cara al proceso de envejecimiento de la población (Bosch, Melguizo y Pagés, 2013). La afiliación a los sistemas de pensiones y la cobertura de estos para las personas mayores muestran valores bajos, aunque heterogéneos (Da Costa ...[et al], 2011). En una revisión comparativa, CEPAL (2013) clasificó a 17 países de la región en tres grupos según afiliación. Con las tasas más altas (68% a 85% de la población asalariada) se encuentran seis países: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguay (urbano) y Venezuela. El segundo grupo, de igual número de países, registra tasas medias (del 41% al 65%) y está compuesto por Colombia, Ecuador (urbano), El Salvador, México, Perú y República Dominicana. Finalmente, cinco países cierran el tercer grupo: Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay, con menos del 40% de las personas asalariadas con sistema de pensiones.

El panorama es complejo. Por ejemplo, las mujeres asalariadas de la región registran en término medio una mayor afiliación que los hombres (57,4% y 54,5% respectivamente), pero no en todos los países ni siempre en los de menor cobertura. Argentina, Chile o Brasil, entre otros, muestran una relación inversa. Asimismo, entre el quintil más pobre de la región, la tasa de afiliación cae hasta el 24% y en el más rico asciende hasta el 73%. Por edad, la tasa de cobertura entre las personas de 65 años o más alcanza una media de 39% en América Latina, similar a la de los jóvenes menores de 25 años (38%), pero muy por debajo del 72% de las personas de 35 a 54 años.

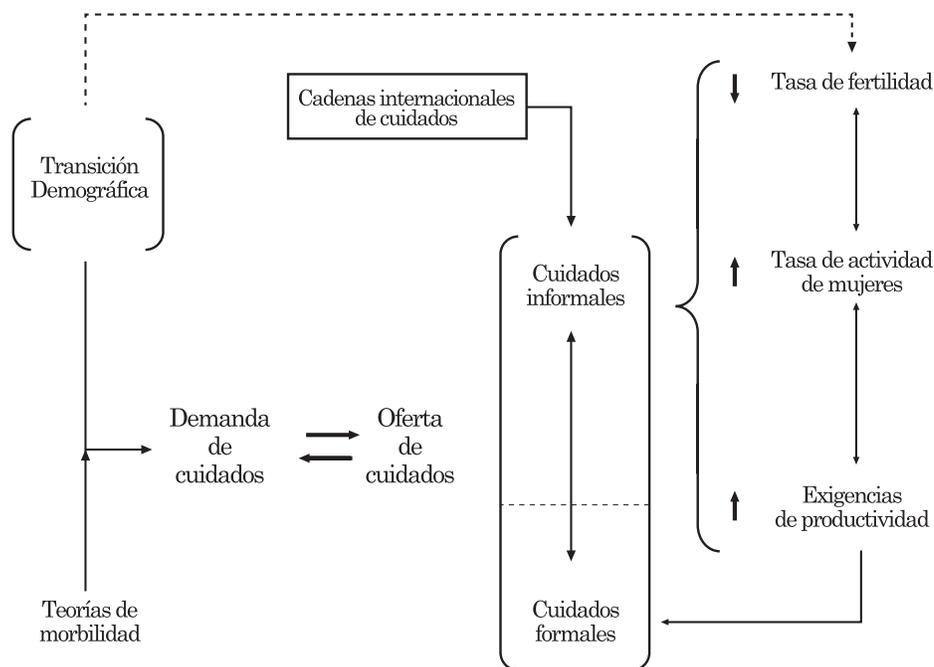
El resultado de esta situación es que menos de la mitad de los latinoamericanos de 65 y más años, el 41,9%, recibe pensiones en 2011. Solo cuatro países muestran valores elevados: Argentina (90,7%), Brasil (84,7%), Chile (84,2%) y Uruguay (85,6%). Hay que bajar hasta el 45,6% para encontrar al siguiente país, Panamá, y al 32,9% a Ecuador (urbano). Todas las demás naciones tienen menos de una quinta parte de los mayores percibiendo pensiones.

En este trabajo se aborda la totalidad de los países que conforman América Latina, con excepción de Cuba y Haití, que presentan problemas de disponibilidad de información en la mayoría de los indicadores seleccionados. De esta manera, el estudio analiza los siguientes 18 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

## 2. Marco teórico de análisis

¿Qué condiciones enfrentaban los países en el momento de crear sus modelos formales de cuidados? Los informes de las comisiones de los distintos países para crear o reformar los sistemas (*Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care* para Estados Unidos en 1990, Comisión Onofri para Italia en 1997, *Dilnot Commission on Funding of Care and Support* para Inglaterra en 2011, *European Ageing Working Group* para la Comisión Europea en 2012), así como los informes internacionales de la OCDE (2005 y 2011) coinciden en la mayoría de los argumentos. Básicamente, la presión sobre la construcción de nuevas políticas formales de cuidados o la reforma profunda de las existentes tienen dos vertientes. La primera se debe a una presión de demanda, que viene dada por el incremento de la cantidad y de la intensidad de uso de la ayuda para la población dependiente; la segunda es una presión de oferta, que se deriva de la menor capacidad de oferta de cuidados por la vía informal de las familias (Figura 2).

**Figura 2**  
Factores de presión de demanda y oferta sobre las políticas formales de cuidados



Fuente: elaboración propia.

El origen de la presión de demanda se basa fundamentalmente en la transición demográfica de los países ricos en la segunda mitad del siglo veinte. Dicha transición demográfica es el resultado de una serie de cambios en la composición de las poblaciones, que se tradujo en un incremento de la edad media y mediana de la población. Sus características básicas fueron la extensión de la esperanza de vida, la caída de la tasa de fecundidad y el aumento del peso relativo de las enfermedades no transmisibles como causa de muerte.

La transición demográfica no es necesariamente un factor de presión de demanda, ya que dependerá de la calidad del envejecimiento de la población, así como de los factores de alimentación y prevención sanitaria de cada país. Es decir, los años de vida ganados puedan desarrollarse en mejores o peores condiciones de autonomía personal. Al respecto, existen tres posibles teorías de morbilidad. La más optimista, denominada compresión de la morbilidad (Manton, 1991; Manton y Stallard, 1994), señala que las mejoras en educación, ingresos económicos, políticas sanitarias y avances tecnológicos retrasaría el deterioro físico asociado a la vejez, de manera que los años de vida saludable se extenderán. La teoría más pesimista (Olshansky, Carnes y Cassel, 1993) argumenta que la esperanza media de vida se extenderá pero las condiciones de salud no mejorarán, de manera que los años ganados se desarrollarán mayoritariamente en condiciones de dependencia. En medio de ambas, la de equilibrio dinámico (Fries, 1985), que defiende un equilibrio entre la extensión de los años de vida y la necesidad de ayuda para la autonomía personal.

De esta manera, si el escenario optimista es el acertado, las preocupaciones serían menores y la transición demográfica no sería un factor de presión de la demanda de cuidados. ¿Hasta qué punto es posible que esto ocurra? Lo cierto es que son escasos los estudios que respaldan esta teoría. En la revisión de la literatura internacional que llevan a cabo Kinsella y He (2009), solo Estados Unidos y otros cuatro países de la OCDE (Dinamarca, Finlandia, Italia y Holanda) muestran algunos indicadores favorables. Medici (2011) señala rotundamente que este no será el caso de América Latina y que la demanda de cuidados se expandirá inevitablemente en la región.

La oferta real del trabajo necesario para dar respuesta a los problemas de envejecimiento y discapacidad es el resultado de un *trade-off* flexible entre cuidados formales e informales. Siguiendo el modelo del diamante de cuidados de Razavi (2007), la cantidad de trabajo necesario para cubrir las necesidades de las personas dependientes

**La presión de oferta viene dada por la disminución de la capacidad de las familias para hacer frente a las necesidades de cuidado de las personas dependientes.**

se distribuye por acción u omisión entre las familias, la sociedad, el Estado y el sector privado. El trabajo de cuidado informal realizado mayoritariamente por las familias, y desarrollado casi en exclusividad por madres, esposas e hijas, suele ser la variable de ajuste que debe completar toda la demanda de cuidados no cubierta desde el sector público, el privado o la sociedad civil.

La presión de oferta viene dada por la disminución de la capacidad de las familias para hacer frente a las necesidades de cuidado de las personas dependientes. Tres factores relacionados entre sí coinciden en casi todos los análisis. El primero de ellos es también una característica de la transición demográfica y está en relación con la disminución de la tasa de fecundidad o número de hijos por mujer, lo que lleva a una caída del número promedio de integrantes por hogar y a la reducción asociada del número de horas totales disponibles para el cuidado de dependientes.

Un segundo fenómeno que ha afectado a la capacidad de cuidados informales ha sido la acelerada incorporación de las mujeres al mercado laboral. Las encuestas de usos del tiempo muestran cómo la distribución del tiempo entre trabajo remunerado y no remunerado ha reducido la proporción de horas que las mujeres tienen disponibles para el trabajo de cuidados y para actividades de recreación personal y social. Parte de este impacto podría haberse reducido mediante la corresponsabilidad en la realización de estos trabajos de parte de los hombres. Sin embargo, las mismas estadísticas no registran un aumento significativo de la aportación masculina a cuidados al interior del hogar.

En tercer lugar, la competitividad y sostenibilidad de los sistemas económicos de los países ricos pasa necesariamente por el incremento en la productividad de sus trabajadores. Esta exigencia macroeconómica les obligó a maximizar el valor del producto generado por el trabajo, reemplazando las actividades menos productivas en términos de valor de mercado (como el trabajo doméstico) y fomentando la inversión en capital humano. Existe un relativo consenso en que la viabilidad económica de largo plazo descansa en la formación de sus trabajadores formales y la reducción de las actividades informales. Las consecuencias fueron principalmente dos: el aumento de los años medios de educación (y con ello la reducción de las horas totales disponibles de los jóvenes para cuidados) y la puesta en funcionamiento de sistemas formales de atención a la dependencia que exploten las economías de escala (profesionalización del trabajo de cuidados).

A estos factores tradicionales, América Latina agrega uno más que la mayoría de los países ricos no enfrentaron: las consecuencias de las cadenas internacionales de cuidados. La reducción de la fuerza de trabajo informal en los países ricos por los motivos antes señalados no solo fue compensada por el establecimiento de las políticas de cuidados profesionales, sino también por un desplazamiento del trabajo informal desde los nacionales hacia la demanda de trabajo de extranjeros. Desarrollado de manera informal o incluso consentida por las mismas políticas formales, este fenómeno derivó en una pérdida de capital humano de los países latinoamericanos así como de sus redes de cuidados.

### **3. América Latina en la encrucijada**

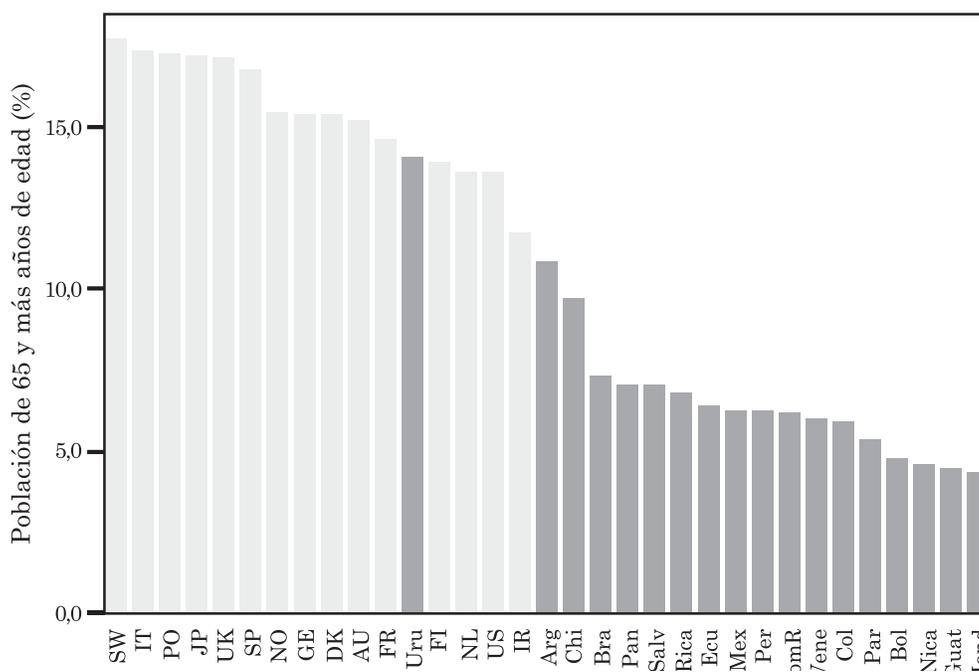
Con el objetivo de evaluar comparativamente la situación actual de América Latina con la que enfrentaron los países ricos en el momento de inicio de sus sistemas de atención a la dependencia, se seleccionó una serie de variables como *proxy* de los factores de oferta y demanda de cuidados de atención a la dependencia. La selección de variables estuvo condicionada por dos cuestiones. En primer lugar, que fueran representativas de los procesos descritos con anterioridad y, en segundo lugar, que estuvieran disponibles para los países latinoamericanos a la vez que para los países del grupo de comparación en sus años base.

La variable más utilizada en este tipo de análisis es la proporción de personas mayores de 65 años sobre el total de la población. A esta variable, comentada en la introducción, se agregan otras adicionales, como son: la esperanza de vida al nacer y la tasa de fecundidad como descriptores (junto al envejecimiento) de la transición demográfica, el número de personas por hogar y la tasa de actividad laboral de las mujeres como descriptores de la reducción de la capacidad de cuidados informales, y el ingreso nacional per cápita y el gasto público en salud per cápita como descriptores de la capacidad para hacer frente a políticas de cuidados.

Para América Latina (AL) se han utilizado los valores del último año disponible, normalmente 2012, y para los países ricos los valores de cada año base. Es decir, el año considerado como inicio del sistema en los países en que es posible identificarlo como tal (Portugal, España, Alemania, Francia, Austria), el año de la reforma más profunda en los modelos integrados (Japón, Holanda, Dinamarca, Noruega, Finlandia y Suecia) y el último proceso de discusión relevante en los países en proceso de cambio (EE.UU., Inglaterra e Irlanda).

Una mirada rápida al envejecimiento revela una realidad clara: AL es en promedio más joven que los países ricos en el denominado año base. Para 2012, la población de 65 años o más representaba el 6,85% del total de habitantes de la región, prácticamente la mitad que la de los países ricos: 15,49%. Este primer dato es el que ha llevado a que en una primera mirada parezca que AL tiene aún bastante tiempo para enfrentar el envejecimiento de su población y que no es un tema de urgencia. Sin embargo, la realidad es, como siempre, más compleja. Chile se acerca al 10% en este indicador, Argentina lo superó hace unos años y Uruguay alcanza niveles similares e incluso mayores que algunos países ricos en el momento de establecer políticas nacionales de cuidados (Gráfico 1).

**Gráfico 1**  
**Porcentaje de población de 65 años y más:**  
**Latinoamérica (2012) y países del grupo de comparación (varios años)**



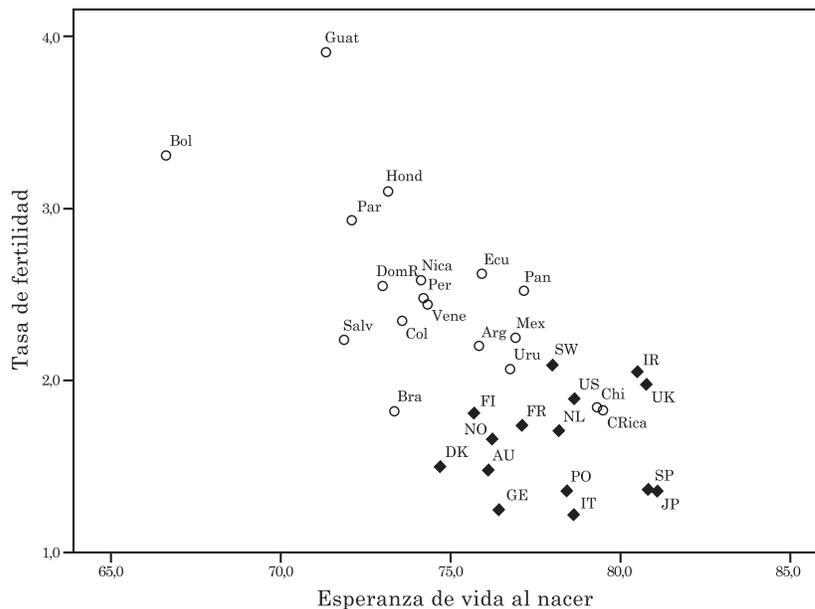
Fuente: elaboración propia con datos de OCDE (2013).

Las diferencias son menores cuando se analiza la esperanza de vida al nacer. La media para AL es de 74,39 años mientras que para el grupo de comparación es de 78,08 años. La dispersión de esta variable es menor que en el indicador anterior. Como se puede apreciar en el Gráfico 2, son siete los países de AL que ya han alcanzado niveles similares a los países ricos en el año base: Argentina, Uruguay, Ecuador, México, Panamá, Costa Rica y Chile. Además, los dos últimos muestran niveles superiores a la mayoría de los países ricos en el año base.

Algo similar ocurre con la tasa de fecundidad. En promedio, las mujeres de AL tienen 2,5 hijos/as mientras que en la muestra de comparación esta media solo llega a 1,63 hijos/as por mujer. No obstante, aunque se constituyen como dos grupos diferenciados, hay cuatro países con valores por debajo de la tasa de reposición (2,1): Costa Rica, Brasil, Chile y Uruguay, y otros cuatro con tasas cercanas a este valor: Uruguay, Argentina, El Salvador y México.

De esta manera, si se relacionan ambas variables (Gráfico 2), los resultados son bastante más interesantes que el indicador simple de porcentaje de población mayor.

**Gráfico 2**  
**Tasa de fecundidad (hijos/as por mujer) y esperanza de vida al nacer:**  
**América Latina (2012) y muestra de países ricos (varios años)**



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial (2013).

**Para al menos seis países, la situación de transición demográfica puede estar presionando las necesidades de corto y medio plazo en términos de políticas de dependencia.**

En la relación negativa entre tasa de fecundidad y esperanza de vida, cuatro países de AL se encuentran aún en la cola alta de esta distribución (Bolivia, Guatemala, Paraguay y Honduras). Sin embargo, dos países se encuentran claramente en la situación de los años base de los países ricos (Costa Rica y Chile) y uno en el límite (Uruguay). Pero lo más interesante es que al menos otros tres países se acercan bastante a esta relación (Brasil, Argentina y México). Aunque los patrones de evolución conjunta de la tasa de fecundidad y la esperanza de vida no sean los mismos para la región como lo fueron para los países ricos, estos resultados señalan que para al menos seis países, la situación de transición demográfica puede estar presionando las necesidades de corto y medio plazo en términos de políticas de dependencia.

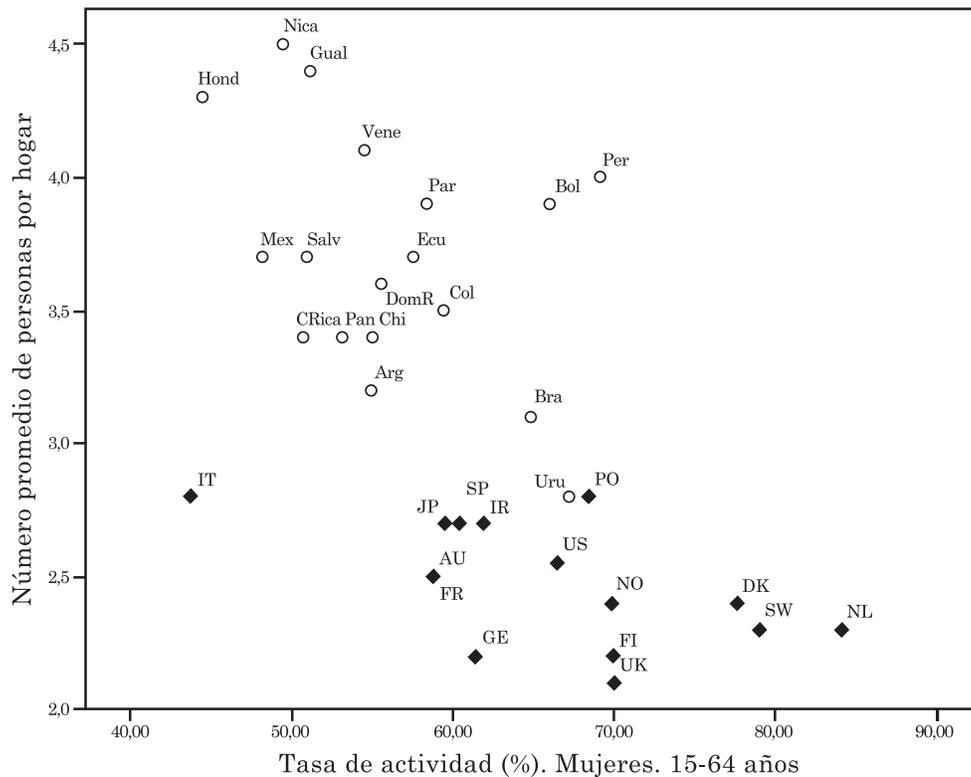
Por otro lado, la incorporación de las mujeres al mercado laboral y el descenso de la tasa de fecundidad han disminuido la capacidad de absorción informal por parte de las familias de los cuidados de las personas en situación de dependencia. Entre 2002 y 2012 la tasa de actividad de las latinoamericanas de 15 a 64 años creció en 4,55 puntos porcentuales, situándose en el 56,1%. Aunque aún se encuentra casi diez puntos por debajo de la de los países ricos en sus años base (en promedio del 69,9%), son varios los casos que se acercan a la media. En cuatro países (Uruguay, Perú, Brasil y Bolivia) las mujeres alcanzan tasas de actividad similares a las del grupo de comparación y en otros tres (Colombia, Paraguay y Ecuador) se encuentran relativamente cerca (Banco Mundial, 2013).

La presión de oferta de cuidados también se da por el número de personas por hogar. En promedio, para América Latina este valor alcanza a 3,7 individuos, mientras que en los países ricos este valor se reduce a 2,47 para los años base. Sin embargo, hace una década aproximadamente este valor superaba las 4,15 personas. Así, cada vez existen menos posibilidades de tiempo total disponible distribuido entre todos los miembros de los hogares para afrontar los cuidados informales de las personas dependientes (Banco Mundial, 2013).

Al representar gráficamente ambas variables, tasa de actividad laboral femenina y número de personas promedio por hogar, se mantienen más o menos diferenciados ambos grupos de países (Gráfico 3). No obstante, aunque con respecto al número de personas por hogar (eje vertical) la división es más clara, con respecto a la tasa de actividad de las mujeres (eje horizontal) los grupos se mezclan. Así, se pueden identificar tres países latinoamericanos con valores cercanos o dentro de la distribución de los países con políticas de cuidados formales.

Uruguay presenta valores similares a los de los países ricos, Brasil se encuentra en el límite de estos y Argentina, aunque más atrás, se acerca también a ambos indicadores.

**Gráfico 3**  
**Tasa de actividad femenina (porcentaje para mujeres de 15 a 64 años) y número medio de personas por hogar: América Latina (2010-2011) y muestra de países ricos (varios años)**

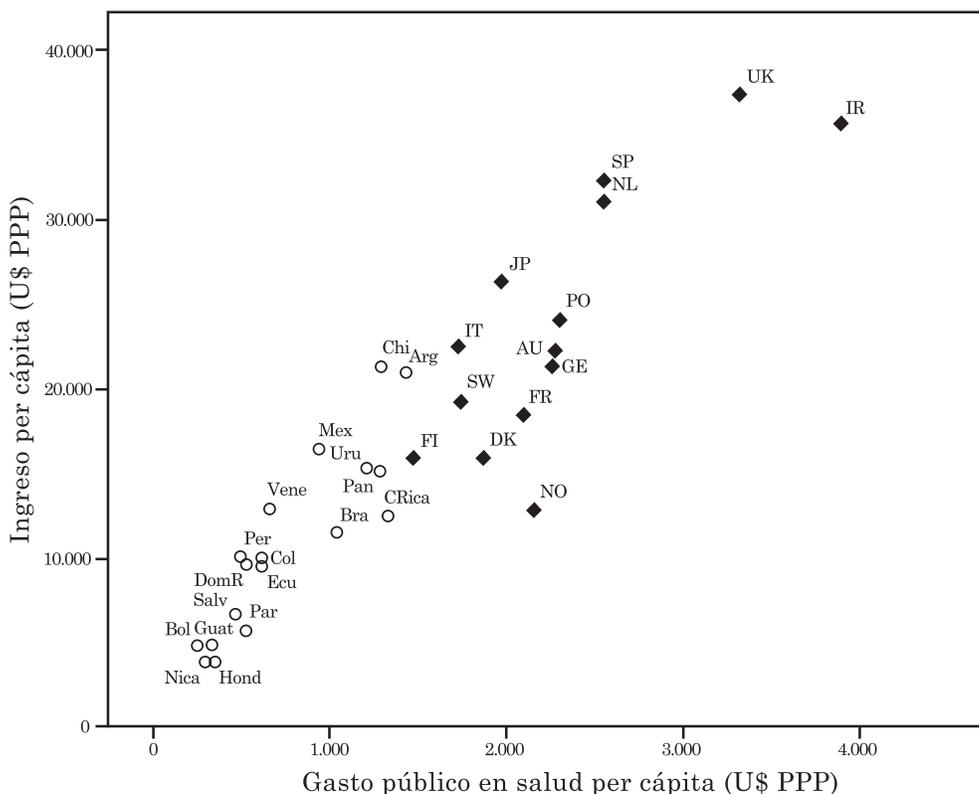


Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial (2013).

Una tercera cuestión tiene que ver con el nivel de riqueza de los países y los recursos disponibles para costear los sistemas de atención a la dependencia. La información estadística disponible permite comparar el ingreso per cápita en poder de paridad de compra (PPP) de los países, así como el gasto público en salud por habitante, también en PPP. Dos cuestiones generales se obtienen de una diagramación de estos valores. En primer lugar, que la proporción de gasto en salud

ronda el 10% del producto per cápita para la muestra en general (línea diagonal de 45°). En segundo lugar, que la mayoría de los países latinoamericanos conforman un grupo con menores valores en ambas variables y se aproximan más a la línea del 10% (Gráfico 4).

**Gráfico 4**  
**PIB per cápita (U\$ PPP) y gasto público en salud per cápita (U\$ PPP):**  
**América Latina (2012) y muestra de países ricos (varios años)**



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial (2013).

No obstante, tres países de la región se acercan a los niveles de PIB per cápita de los países ricos en sus años base (México, Uruguay y Panamá) y otros dos ya han alcanzado los valores de dicho grupo (Chile y Argentina); el gasto en salud en todos estos casos es sensiblemente menor que el grupo de comparación. Es decir, países como Austria o Alemania, cuando alcanzaron los niveles de ingreso

per cápita de Chile o Argentina, prácticamente duplicaban el gasto público en salud de estos. La misma comparación se puede hacer entre Dinamarca y Uruguay.

Esta diferencia puede tener distintas explicaciones. Por una parte, la ideología económica imperante en cada momento histórico promovía diferentes conceptos del rol del Estado. Antes de proveedor, hoy de asegurador del acceso a servicios públicos o privados. Por otra parte, los ingresos per cápita de los países latinoamericanos sufren de una distorsión en su interpretación como riqueza de la población. La desigualdad de la renta en estos países lleva a que las medianas se distancien más de las medias, por lo que su representatividad es baja. Así, si se calcula el índice de Gini para los datos más cercanos a cada grupo y año, se tiene que en AL este indicador se eleva hasta 0,497 mientras que en los países ricos en sus años base alcanzaba solo 0,312 (Banco Mundial, 2013).

Si bien existe una gran dispersión entre los países de AL en el gasto público en salud, que varía de poco más del 1% al 7-8% del PIB, y del 3% a más del 25% del gasto público total, en general, el gasto público como proporción del PIB es bajo en comparación con los países desarrollados, y la estructura del gasto público subvalora la salud (Guerra, 2001). Los datos disponibles para 21 países de AL y el Caribe (CEPAL, 2013) muestran que a pesar del incremento en el gasto público social y el gasto en salud en los últimos años, los recursos destinados a salud han perdido peso respecto a otros gastos sociales, por ejemplo educación y pensiones, por lo que en promedio el gasto público en salud como porcentaje del gasto público social ha descendido desde el 21,8% en 1992-1993 al 20,5% en 2010-2011.

#### **4. Conclusiones**

América Latina es aún un continente joven, con solo el 6,85% de su población mayor de 65 años, pudiendo parecer que todavía dispone de tiempo suficiente para enfrentar el envejecimiento de su población y que la provisión de los cuidados a la dependencia no es un tema de urgencia. Sin embargo, el planteamiento realizado en este estudio muestra una realidad más compleja. El análisis comparativo de los factores de presión de la oferta y la demanda de cuidados de atención a la dependencia en AL y en los países ricos en el momento de inicio de sus sistemas de atención a la dependencia nos ha permitido distinguir las variadas situaciones de los países latinoamericanos y distintas variables críticas. Así, por ejemplo, países como Argentina,

El análisis indica que, si no todos, gran parte de los gobiernos latinoamericanos debería definir el sistema integral de provisión de cuidados a la dependencia a implantar en los próximos años.

Brasil, Chile, Costa Rica o Uruguay suelen encontrarse en los niveles de los países ricos en la mayoría de las variables clave.

Respecto a los factores de presión de la demanda de cuidados, AL se encuentra ya en plena transición demográfica. La tasa de fecundidad de las mujeres latinoamericanas ha caído a 2,7 hijos/as y la esperanza de vida se ha extendido a 71 años de edad, y se estima que antes de 2050 la fecundidad se sitúe por debajo de su nivel de reposición, y que la esperanza de vida supere los 80 años (CELADE, 2013). Para al menos seis países, la situación de transición demográfica puede estar presionando las necesidades de corto y medio plazo de políticas de dependencia.

En cuanto a los factores de presión de la oferta de cuidados, la disponibilidad de una provisión informal suficiente por parte de las familias es cada vez menor, y en algunos países la tasa de actividad y ocupación de las mujeres, principales cuidadoras, y el número de personas por hogar están alcanzando niveles críticos. Las cadenas globales de cuidados han contribuido a agravar esta situación, provocando la transferencia de la crisis de cuidados del norte al sur.

El análisis indica que, si no todos, gran parte de los gobiernos latinoamericanos debería definir el sistema integral de provisión de cuidados a la dependencia a implantar en los próximos años. Respecto a los recursos necesarios para este sistema, los países en un momento crítico disponen de niveles de PIB suficientes. El resto de países que dispone de un margen de tiempo, registra significativamente menos recursos económicos. Pero se podría incrementar el gasto público y dedicar una parte de este gasto al sistema de cuidados, pues aun considerando un nivel proporcional menor de capacidad contributiva de los países de AL, las mismas diferencias entre los países indican que hay margen significativo para el aumento del gasto público en salud y total en relación con el PIB (Guerra, 2001).

### Bibliografía

- |  |   |
|--|---|
| Antunes, Vanessa y Moreira, J. Paulo (2011), "Approaches to Developing Integrated Care in Europe: a Systematic Literature Review", en <i>Journal of Management and Marketing in Healthcare</i> , Vol. 4 N° 2, pp. 129-135. | Banco Mundial (2013), Base de datos online, <a href="http://datos.bancomundial.org/">http://datos.bancomundial.org/</a> , 01-02-2014. |
|  | Benería, Lourdes (2006), "Trabajo productivo/reproductivo, pobreza y políticas de conciliación en América                             |

- Latina: consideraciones teóricas y prácticas”, UNFPA. [http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc\\_download/830-6-trabajo-productivoreproductivo-pobreza-y-politicas-de-conciliacion-lourdes-beneria-nomadas.html](http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/830-6-trabajo-productivoreproductivo-pobreza-y-politicas-de-conciliacion-lourdes-beneria-nomadas.html), 14-04-2014.
- Bosch, Mariano; Melguizo, Ángel; y Pagés, Carmen (2013), *Mejores pensiones, mejores trabajos: hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe*, Washington, BID.
- Campbell, John; Ikegami, Naoki; y Gibson, Mary (2010), “Lessons from Public Long-Term Care Insurance in Germany and Japan”, en *Health Affairs*, Vol. 29 N° 1, pp. 87-95.
- Campbell, John; Ikegami, Naoki; y Kwon, Soonman (2009), “Policy Learning and Cross-National Diffusion in Social Long-Term Care Insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea”, en *International Social Security Review*, Vol. 62 N° 4, pp. 63-80.
- CELADE (2013), “América Latina: estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100”, Santiago, CEPAL. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población, [http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos\\_bd.htm](http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_bd.htm), 01-03-2014.
- CEPAL (2006), *Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe: síntesis y conclusiones*, Santiago, CEPAL, <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/26608/LCW98-migracion.pdf>, 01-04-2014.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Panorama social de América Latina 2009*, Santiago, Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (2012), *Panorama social de América Latina 2012*, Santiago, Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (2013), *Panorama social de América Latina 2013*, Santiago, Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (2014a), *Pactos sociales para una protección social más inclusiva: experiencias, obstáculos y posibilidades en América Latina y Europa*, Santiago, CEPAL, Naciones Unidas.
- \_\_\_\_\_ (2014b), Bases de datos y publicaciones estadísticas, Santiago, CEPAL, [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e), 10-01-2014.
- Comas-Herrera, Adelina; Wittenberg, Raphael; y Pickard, Linda (2010), “The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-Term Care in England”, en *Social Policy and Administration*, Vol. 44 N° 4, pp. 375-391.
- Comisión Europea (2012), “The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections

- for the 27 EU Member States (2010-2060). European Economy 2/2012”, Brussels, European Commission, [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee-2012-2\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf), 02-02-2014.
- Consejo de Europa (1998), Recommendation N° R (98) 9 of the Committee of Ministers to the Members States on Dependence: 18 September 1998, <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=532369&SecMode=1&DocId=486242&Usage=2>, 12-04-2014.
- Costa-Font, Joan (2010), “Devolution, Diversity and Welfare Reform: Long-Term Care in the ‘Latin Rim’”, en *Social Policy and Administration*, Vol. 44 N° 4, pp. 481-494.
- Cotlear, Daniel (ed.) (2011), *Population Aging: Is Latin America Ready?*, Washington, World Bank.
- Da Costa, Rita; De Laiglesia, Juan; Martínez, Emmanuelle; y Melguizo, Ángel (2011), “The Economy of the Possible: Pensions and Informality in Latin America”, Paris, OECD (OECD Development Centre Working Papers; N° 295).
- Da Roit, Barbara y Le Bihan, Blanche (2010), “Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries’ Long-Term Care Policies”, en *Milbank Quarterly*, Vol. 88 N° 3, pp. 286-309.
- Da Roit, Barbara; Le Bihan, Blanche; y Österle, August (2007), “Long-Term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes”, en *Social Policy and Administration*, Vol. 41 N° 6, pp. 653-671.
- Dilnot, Andrew (2011), *Fairer Care Funding: the Report of the Commission on Funding of Care and Support*, Vol. 1, Ipswich, Public Information Online, [http://www.ilis.co.uk/uploaded\\_files/dilnott\\_report\\_the\\_future\\_of\\_funding\\_social\\_care\\_july\\_2011.pdf](http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf), 30-01-2014.
- Ehrenreich, Barbara y Hochschild, Arlie R. (2002), *Global Woman: Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*, New York, Metropolitan Books.
- Eurostat (2002), *Eurostat Yearbook: the Statistical Guide to Europe: Data 1990-2000*, Luxembourg, European Communities. Office for Official Publications.
- Fernández, José y Forder, Julien (2012), “Reforming Long-Term Care Funding Arrangements in England: International Lessons”, en *Applied Economic Perspectives and Policy*, Vol. 34 N° 2, pp. 346-362.
- Fries, James F. (1985), “The Compression of Morbidity”,

- en *Milbank Quarterly*, Vol. 83 N° 84, pp. 801-823.
- Guerra de Macedo, Carlyle (2001), "La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano", en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 19, pp. 67-88.
- Hochschild, Arlie R. (2000), "Global Care Chains and Emotional Surplus Value", en *On the Edge: Living with Global Capitalism*, W. Hutton y A. Giddens (eds.), London, Jonathan Cape.
- Huenchuan, Sandra (2013a), *Ageing, Solidarity and Social Protection in Latin America and the Caribbean*, Santiago, CEPAL.
- \_\_\_\_\_ (2013b), *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013*, Santiago, CEPAL.
- Jenson, Jane y Jacobzone, Stéphane (2000), "Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers", Paris, OECD (OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers; N° 41).
- Karlsson, Martin; Mayhew, Les; Plumb, Robert; y Rickayzen, Ben (2006), "Future Costs for Long-Term Care Cost Projections for Long-Term Care for Older People in the United Kingdom", en *Health Policy*, Vol. 75 N° 2, pp. 187-213.
- Karlsson, Martin; Iversen, Tor; y Øien, Henning (2010), "Scandinavian Long-Term Care Financing", Oslo, Oslo University (HERO On Line Working Paper Series; N° 2010:2).
- Keilman, Nico (1988), "Recent Trends in Family and Household Composition in Europe", en *European Journal of Population*, Vol. 3 Nos. 3-4, pp. 297-325.
- Kinsella, Kevin y He, Wan (2009), *An Aging World: 2008 International Population Reports*, Washington, National Institute on Aging; U.S. Census Bureau.
- Le Bihan, Blanche y Martin, Claude (2006), "A Comparative Case Study of Care Systems for Frail Elderly People: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden", en *Social Policy and Administration*, Vol. 40 N° 1, pp. 26-46.
- Manton, Kenneth y Stallard, Eric (1994), "Medical Demography: Interaction of Disability and Mortality", en *Demography of Aging*, L. G. Martin y S. H. Preston (eds.), Washington, National Academy Press.
- Manton, Kenneth (1991), "The Dynamics of Population Aging: Demography and Policy Analysis", en *Milbank Quarterly*, Vol. 69 N° 2, pp. 309-338.
- Medici, André (2011), "How Age Influences the Demand for Health Care in Latin America", en *Population Aging: Is Latin*

- America Ready?*, Daniel Cotlear (ed.), Washington, World Bank.
- Mesa-Lago, Carmelo (2009), “Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas”, Santiago, CEPAL, Naciones Unidas (Serie Políticas Sociales, N° 150).
- OCDE (2005), *Long-Term Care for Older People*, Paris, OECD.
- \_\_\_\_\_ (2011), *Doing Better for Families*, Paris, OECD.
- \_\_\_\_\_ (2013), Base de datos online, Paris, OECD, <http://stats.oecd.org/>, 01-02-2014.
- Olshansky, S. Jay; Carnes, Bruce A.; y Cassel, Christine K. (1993), “The Aging of the Human Species”, en *Scientific American*, Vol. 268 N° 4, pp. 46-52.
- Pérez Orozco, Amaia (2006), “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”, en *Revista de Economía Crítica*, N° 5, pp. 7-37.
- Razavi, Shahra (2007), “The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options”, Geneva, UNRISD (Gender and Development Programme; Paper N° 3).
- Ribbe, Miel; Ljunggren, Gunnar; y Jónnson, Palmi (1997), “Nursing Homes in 10 Nations: a Comparison between Countries and Settings”, en *Age and Ageing*, Vol. 26 Supplement 2, pp. 3-12.
- Rostgaard, Tine (coord.) (2011), *Living Independently at Home: Reforms in Home Care in 9 European Countries*, Copenhagen, The Danish National Centre for Social Research.
- Rydegård, G. (2012), “Care Work in Changing Welfare States: Nordic Care Workers’ Experiences”, en *European Journal of Ageing*, Vol. 9 N° 2, pp. 119-129.
- Santana, Silvina (2010), “Reforming Long-term Care in Portugal: Dealing with the Multidimensional Character of Quality”, en *Social Policy and Administration*, Vol. 44 N° 4, pp. 512-528.
- Sepúlveda, Magdalena (2014), “De la retórica a la práctica: el enfoque de derechos en la protección social en América Latina”, Santiago, CEPAL, Naciones Unidas (Serie Políticas Sociales; N° 189).
- Swartz, Katherine; Miako, Naoko; y Farag, Nadine (2012), “Long-Term Care: Common Issues and Unknowns”, en *Journal of Policy Analysis and Management*, Vol. 31 N°1, pp. 139-152.
- Swartz, Katherine (2013), “Searching for a Balance of Responsibilities: OECD Countries’ Changing Elderly

- Assistance Policies”, en *Annual Review of Public Health*, Vol. 34, pp. 397-412.
- Szebehely, Marta y Trydegard, Gun Britt (2012), “Home Care for Older People in Sweden: a Universal Model in Transition”, en *Health and Social Care Community*, Vol. 20 N° 3, pp. 300-309.
- Vaquerizo, David; Hennekam, Hans; Knop, Rafael; y Raghallaigh, Emer (2012), *Dependency Care Systems Situation in the European Union*, Madrid, Fundación CASER para la Dependencia, [http://www.fundacioncaser.es/actividades/20121101\\_005](http://www.fundacioncaser.es/actividades/20121101_005), 15-01-2014.
- Wiener, J. y Illston, L. (1994), “How to Share the Burden: Long-Term Care Reform in the 1990s”, en *The Brookings Review*, Vol. 12 N° 2, pp. 16-21.