



Munich Personal RePEc Archive

**Public policies for care for dependent
older adults in Latin America:
Financing, equity and models**

Matus-López, Mauricio

Universidad Pablo de Olavide

2017

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/105480/>
MPRA Paper No. 105480, posted 23 Jan 2021 08:32 UTC

Políticas públicas de cuidados a mayores dependientes en América Latina:
Financiamiento, equidad y modelos

Public policies for care for dependent older adults in Latin America: Financing,
equity and models

Presentado en el 4to Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales. Salamanca
2017

Mauricio Matus-López
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

ABSTRACT

Latin America ages. It does so very quickly, in unhealthy conditions and with low-income levels. In the coming decades, the number of older people who will not be able to perform their daily life activities on their own will increase rapidly. This phenomenon has already been faced by rich countries over the past three decades. But unlike them, the region does not have the resources or social protection systems of these countries. Thinking and planning health policies associated with this phenomenon should be a priority of Latin American governments. This communication discusses the main work carried out on the subject: the diagnosis of the region, current policy trends, pilot programs in Chile and the National Care System of Uruguay.

Keywords: long-term care; financing health; Latin America; Chile; Uruguay; health policy

Resumen:

América Latina envejece. Lo hace muy rápido, en condiciones poco saludables y con bajos niveles de ingreso. En las próximas décadas aumentará rápidamente el número de personas mayores que no podrán realizar las actividades de su vida diaria por sí mismas. Este fenómeno ya lo han enfrentado los países ricos en las últimas tres décadas. Pero a diferencia de ellos, la región no dispone ni de los recursos ni de los sistemas de protección social de esos países. Pensar y planificar políticas de salud asociadas a este fenómeno debería ser una prioridad de los gobiernos latinoamericanos. En la presente comunicación se discuten los principales trabajos realizados en la materia: el diagnóstico de la región, las

tendencias de políticas actuales, los programas piloto en Chile y el Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay.

1. INTRODUCCIÓN

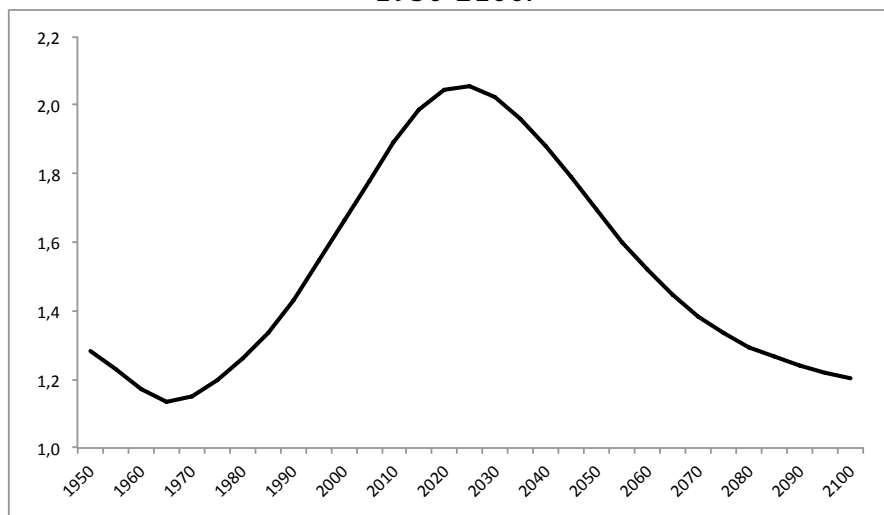
En 2017 viven en la región más de 52 millones de personas de 65 o más años de edad; el 8,1% de la población total. Un continente joven aún. En Europa este porcentaje llega al 19,2% y en Asia pacífico al 9,6% (UN 2017, WB 2017)

Las mayor parte sigue disfrutando del bono demográfico. Ese periodo en el cual la natalidad está disminuyendo y la población se concentra en las edades adultas, sin llegar aún a ser mayores (Saad 2011).

Un indicador para medir esto es la tasa de dependencia en edad; el número de adultos (15-64 años) sobre la suma de menores (0-14 años) y mayores (65 y más años).

Como se puede ver en Gráfico 1, este indicador muestra una figura similar a una campana de Gauss. Alcanzó sus mínimos históricos en 1965, cuando había 1,1 adultos por dependiente en la región. La causa; la alta natalidad. Desde entonces no ha parado de crecer, debido a que los menores se han hecho adultos y los adultos aún no han llegado a la vejez (CEPAL 2016).

Gráfico 1. Evolución de la relación de dependencia. Adultos (15-64 años) sobre menores (0-14 años) y mayores (64 y más años). América Latina y algunos países. 1950-2100.



Fuente: CEPAL 2016.

Pero esto seguirá sólo así sólo por ocho años más; hasta 2025, cuando alcanzará su máximo histórico de 2,1 adultos por mayor/menor. A partir de entonces no parará de disminuir. Tanto así, que a fin de siglo volverá a niveles de 1975; 1,2 adultos por mayor/menor. Esta vez la razón será el crecimiento del número de personas mayores.

Una de las características de este proceso regional es que se está produciendo, y lo seguirá haciendo, a una velocidad acelerada (Cotlear 2011). Por ejemplo, en Francia, Dinamarca, Alemania, y otros países europeos, la población de 65 y más años tardó entre 50 y 60 años en pasar del 10% al 15% del total. En Chile y Brasil lo harán en apenas 20 años, y en Costa Rica, en sólo 15 años. Uruguay alcanzará este umbral en los próximos tres años (Matus-López y Rodríguez-Modroño 2014).

Esta nueva demografía cambiará las prioridades y generará nuevas necesidades sociales. Una de ellas es el aumento del número de personas que no pueden realizar su vida diaria debido al deterioro físico de la edad.

Hasta ahora, la mayor parte del cuidado se realiza en los hogares, de manera informal y encargado casi en exclusividad a las mujeres (CEPAL 2012). Pero esta realidad se está tornando insostenible, tal como lo hizo en los países ricos en su momento.

Los motivos son varios y tienen que ver con el cuidado de algunas personas mayores. Los factores pueden clasificarse como presiones de oferta y presiones de demanda (Matus-López y Rodríguez 2014).

El envejecimiento es, por el lado de la demanda, la principal causa. Un determinado porcentaje, que va desde el 10% al 33% de los mayores de 65 años en los países europeos, se consideran dependientes (EC 2015). Es decir, que necesitan ayuda de terceros para realizar las actividades de la vida diaria (SBVD) como lavarse, vestirse, desplazarse, etc. (WHO 2004). El aumento de la esperanza de vida y la escasa evidencia acerca de una mejora relativas de la morbilidad (Lafortune y Balestat 2007; Van Gool et al 2011;) ha aumentando el número de personas de este grupo. Aunque para la región existen escasas mediciones, es de suponer que los comportamientos de la prevalencia no sean mucho mejores (Matus-López 2015).

Por el lado de la oferta, la principal causa es la reducción de la capacidad de las sociedades para realizar cuidados informales. El menor número de personas en el hogar y sobre todo la incorporación laboral de las mujeres ha debilitado la fuerza de trabajo no remunerado a cargo de cuidados (Matus-López y Rodríguez 2014). En poco más de dos décadas, el porcentaje de mujeres con empleo pasó del 30% al 45% en Europa. En América Latina, más de la mitad de los países había superado este umbral en 2015. En Perú, Paraguay, Colombia y Uruguay se sitúa por encima del 50% (WB 2017).

El análisis de estas presiones por países muestra un grupo de que ya enfrenta esta problemática, o que están a punto de hacerlo. Encabeza esta lista Uruguay, le sigue Chile y Costa Rica, y más atrás Argentina y Brasil. Estos dos últimos, con una diferencia; la situación actual de Argentina es más apremiante, pero el cambio en Brasil se está produciendo más rápidamente que en el resto (Matus-López y Rodríguez 2014).

Esta situación es resultado de mayores niveles de bienestar en dichos países: mayores ingresos, participación más justa en los mercados laborales, vidas más largas, etc. Por lo tanto, no se trata de frenar estos cambios, sino de buscar soluciones que permitan que estas tendencias continúen.

En definitiva, de lo que se trata es de re-balancear el trabajo de cuidados entre los cuatro vértices de: Familia, Mercado, Estado y ONGs/Comunitarios (Razavi 2007). Algo que los países que ya han pasado por estos procesos han tratado de solucionar implementando políticas de cuidados formales de ayuda a personas dependientes, también incluido en cuidados de larga duración (*long-term care*).

En la presente comunicación se aborda en qué consisten estas políticas y cuáles son sus tendencias en los países que ya las tienen. Luego, se analizan los dos casos con intervenciones públicas más avanzadas en la región: los programas piloto en Chile y el nuevo Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay.

2. Servicios de atención a la dependencia

Se consideran como tales la amplia gama de bienes y servicios destinados a proporcionar ayuda a quienes necesitan de ella para realizar las actividades de la vida diaria como lavarse, comer, vestirse, desplazarse, etc. (OECD 2015)

No obstante este consenso generalista, la definición de los servicios no es homogénea entre países, y existen diferencias en las acepciones en español y en inglés. En la literatura hispánica se hace referencia a los servicios de atención a la dependencia (SAD) o de promoción de la autonomía personal. Pero la mayor parte de la bibliografía es anglosajona y se refiere a *long-term care services (LTCS)*.

No son exactamente lo mismo. El concepto de LTCS incluye algunos servicios de atención médica y de enfermería que los SAD normalmente no consideran. No obstante, aunque ha habido intenciones de homogenización, principalmente por

parte de la OECD (2012), aún es cada país y cada organismo/autor, con su propio criterio, el que termina definiendo qué incluye y que no (OECD 2015).

Los servicios se clasifican en dos tipos: servicios de atención residencial o de larga estancia, y servicios de base domiciliaria. Los primeros son establecimientos destinados mayoritariamente a los dependientes más severos e incluyen ayudas para las ABVD y alojamiento como un paquete completo. Los residentes son personas que permanecerán allí por un largo periodo de tiempo o de forma permanente. Ejemplos de estos centros son los hogares de mayores dependientes, establecimientos de estancias de larga duración, centros geriátricos, casas de atención de enfermería (*nursing homes*), entre otros. Aquí es donde ocurre la principal diferencia en el concepto anglosajón, puesto que éste incorpora algunos servicios de centros médicos, principalmente asociados al fin-de-vida.

Los servicios de base domiciliaria son aquellos que ofrecen servicios de atención a la dependencia sin alojamiento y que permiten a las personas dependientes seguir envejeciendo en sus hogares. El más amplio es la atención domiciliaria, que consiste en la ayuda para la realización de las ABVD en el hogar. Se establece en un número de horas de acuerdo a la severidad del dependientes. Otro más o menos común son los centros de día. Estos son establecimientos que brindan ayuda sin alojamiento a los dependientes y que permiten que éste siga viviendo en su hogar. Está diseñado para personas que co-residen con otros adultos que, por motivos principalmente laborales, no pueden cuidar de los dependientes durante el día. Por último, existe un conjunto de servicios denominados telecuidados. Estos incluyen sistemas de alarma comunitaria, sensores en el hogar que detectan y monitorean movimientos; equipos que detectan fallas de gas, fuego u otros peligros, sistemas que monitorean los cambios en las condiciones de vida de las personas dependientes, y servicios de telemedicina que monitorean signos vitales como presión sanguínea, etc. (Harris y White 2013)

A estos dos tipos de servicios se agregan las transferencias económicas para cuidados de dependientes; *cash-for-care* en inglés. Corresponde a una amplia gama de transferencias económicas que tienen como objetivo destinarse a financiar los cuidados de las personas dependientes (Da Roit y Le Bihan 2010). Existen muchos tipos, que podrían clasificarse en tres tipos. El primero no es una transferencia directa sino que funciona como un *voucher*. La persona beneficiaria recibe el

reconocimiento de un beneficio, por ejemplo, atención residencial, y con ello un *voucher*. Con éste pueden elegir la atención de una red de establecimiento, residencias en este ejemplo, que previamente han sido acreditadas por la Administración. Finalmente la Administración paga a dichos centros según los *vouchers* recibidos cada mes. Este es el caso de Francia y la transferencia se denomina APA (SPF 2016).

Las otras dos se pueden clasificar en prestaciones para atención (*attendance allowances*) y prestaciones para cuidado (*care allowances*), y se diferencian por el montante, la formalización y el funcionamiento (Bettio y Verashchagina 2010). Las primeras están bien dotadas y permiten la compra de servicios formales. En los casos en que no se accede a una red acreditada, se exigen comprobantes del gasto realizado con la transferencia. Ejemplo de esto es la misma APA para contratación de atención personal, que permite la contratación de atención personal. Pero se prohíbe que esta sea la esposa y se debe justificar el gasto realizado con las transferencias. En el segundo caso, son ayudas de bajo monto, que normalmente no cubren una contratación de cuidados formales externos, y sobre la cuál no se debe justificar su uso. Ejemplo de ello son las prestaciones económicas para el entorno familiar en España. Su montante está por debajo de un salario, la cuidadora es un familiar (normalmente esposa o hija). Que sigue en la informalidad, y no existe control sobre el gasto de la transferencia.

Las tendencias recientes muestran algún tipo de convergencia (Matus-López 2015). Por una parte, la reducción de la atención residencial a favor de la atención domiciliaria (Carrera et al 2013, OECD 2015). Y por otra parte, la incorporación de *cash-for-care* en la mayoría de los modelos. Incluso en países que tradicionalmente han estado en contra de estos mecanismos, como Países Bajos y Escocia, los han incluido en sus modelos recientemente (Friericks 2014 et al, Pearson y Ridley 2016).

3. Los programas piloto en Chile

La situación de las personas mayores en Chile no es de las más acuciantes. Su tasa de pobreza está por encima del promedio nacional y el 81,7% percibe algún tipo de pensión (CEPAL 2013). Las pensiones son privadas y el montante medio se ubica en poco más de USD 310 mensuales. En salud, el modelo está segmentado. Se cotiza el

7% del salario a salud. El trabajador comunica si cotizará en la seguridad social privada (Isapres) o la pública (Fonasa). Se produce un *descrime* de mercado: los seguros privados tienen un sesgo hacia la población más joven, sana y rica. El 86,1% de los 2,9 millones de personas mayores de 60 años está en Fonasa, las Isapres cubren a otro 7,4% y el restante 6,5% pertenece a otros (MDS 2013).

La salud de los mayores muestra indicadores preocupantes. El 96,1% de los mayores de 65 años tiene estilos de vida sedentarios. De estos, el 74,6% sufre de alta presión sanguínea y el 48,1% de riesgo cardiovascular alto (22). Unos 405.539 mayores de 60 años son dependientes; el 24,1%. Para 2025 este número se elevará a casi un millón de personas (MS 2010).

Chile no dispone de un sistema de cuidados a la dependencia, pero si los pilares sobre los que construir uno: tres programas piloto que en su conjunto podrían conformar un modelo de cuidados (Matus-López y Cid 2015).

El primer servicio es el de residencias. Es el más antiguo. Comenzó en 2007. No existe un diagnóstico de cuántos centros residenciales hay en total en el país, ni en qué condiciones están. Existen empresas privadas, agencias religiosas, entidades públicas, organizaciones sin ánimo de lucro, comunitarias, etc. En 2014, un total de 12 de estos establecimientos forman parte de este programa piloto con la Administración; cinco son del gobierno local, tres de agencias religiosas y dos del servicio de salud con ONGs.

El Estado realiza una convocatoria abierta para que las entidades que administran centros de atención postulen. Si cumplen ciertos requisitos, reciben USD 1.656 anuales por dependientes moderados y USD 2.208 por dependientes severos, más ayudas para infraestructura. Se permite el cobro de copagos, pero este se limita al 85% de la pensión de los mayores. No se dispone de información de cuántos son los beneficiarios finales (presupuesto corriente y de infraestructura no están desglosados), pero no supera los 5.000 dependientes.

El segundo servicio, de atención domiciliaria funciona de manera similar. A través de convocatorias de la Administración Central. Comenzó en 2013 y al año siguiente contaba con 13 entidades participantes; siete gobiernos locales, seis agencias religiosas y siete ONGs. Están concentradas en la capital y sólo tienen presencia en dos regiones más. Cada entidad recibe un pago por persona beneficiaria, que incluye cuidado y formación del cuidador. Esta suma se sitúa en USD 390 anuales por

persona. El servicio comprometido es de 2 horas semanales. Los cuidadores son principalmente voluntarios que perciben algún estipendio. En el último año con información, existían 1.761 beneficiarios y habían sido formados 182 cuidadores. Por último, existe un programa de centros de día. También comenzó en 2013 y participan en él 25 centros distribuidos en nueve de las quince regiones del país y son casi en su totalidad gobiernos locales. El gobierno Central realiza una transferencia de USD.1200 por beneficiario que no está permitido destinar a infraestructura. Tampoco se permite cobrar copagos. En su segundo año de funcionamiento beneficiaba 1.615 personas.

4. El Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay

Uruguay ha propuesto un modelo de atención formal a la dependencia que se enmarca en el Sistema Nacional de Cuidados (SNC). Este incluye atención a la infancia, discapacidad, cuidadores y mayores dependientes (Matus-López y Cid 2016).

El modelo es muy acotado. Consta de los pocos servicios aunque alta cobertura. El servicio más importante es el de asistentes personales. Consiste en atención para el cuidado en el domicilio del dependiente por un mínimo de 80 horas mensuales. Está destinado a personas con dependencia severa, con independencia de la edad, y tiene un costo por beneficiario de 6.814 USD mensuales.

El segundo servicio en importancia y el mayor en número de beneficiarios es la Teleasistencia. Consiste en un aparato de alarma conectado a una central telefónica, dispuesta en los hogares y disponible las 24 horas del día durante toda la semana. Puede funcionar también a través de pulseras u otros aparatos. Está destinado a personas dependientes leves o moderadas de 14 y más años que residen en hogares. Su coste por persona es de USD 385 mensuales.

Estos dos servicios funcionan con un modelo tipo *voucher*, similar a la APA en Francia (SPF 2017), en el que la Administración hace de coordinadora y reguladora de oferta y demanda,. Por una parte, convoca a empresas y personas que quieran ofrecer el servicio. Está pensado principalmente para cooperativas de cuidado o cuidadoras particulares, por lo que también ofrece formación en cuidados. Una vez certificados los oferentes, pasan a formar parte de un catálogo. Por otra parte, las personas demandantes que les es reconocido el derecho de atención reciben un

voucher por las cantidades señaladas y con éste pueden adquirir el servicio en los centros o cuidadoras dadas de alta en el catálogo. Una vez realizado el mix-match, realiza el pago al proveedor. Este puede ofrecer servicios adicionales si desea, como por ejemplo, agregar una segunda pulsera en teleasistencia.

Un tercer servicio son los centros de día. Consisten en establecimientos de atención diurna para personas con dependencia leve o moderada. Está aún en implementación y su planificación es coordinarlo con los gobiernos locales que son quienes adecuarían y dotarían de infraestructura estos centros. A cambio, el Gobierno Central realizaría un pago de USD 3.680 anuales por beneficiario. No obstante, aún está sujeto a discusión.

El cuarto servicio es el más complicado ya que el modelo uruguayo no contempla pagos de plazas residenciales, al menos en el medio plazo. Un diagnóstico de la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay, detectó casi 900 centros residenciales en el país, con más de 13.000 residentes mayores, de los que cerca de la mitad eran dependientes. Éste y otros diagnósticos cualitativos reflejan una realidad muy precaria de condiciones de vida de los mayores en la gran mayoría de estos centros. Por ello el gobierno decidió iniciar un proceso de reestructuración, fortalecimiento y regulación de los centros. Para ello ha optado por una vía normativa que establece los requisitos mínimos que deben cumplir este tipo de establecimientos. Conjuntamente dotó un presupuesto para atender a aquellos dependientes que por cierre temporal de sus centros deba ir a otro centro de mayor calidad y más caro. Este servicio se denomina atención al cuidado permanente y financia con USD 907 al mes a los dependientes afectados por esta situación.

Si este modelo se aplica al total de la población dependientes, con una cobertura del 60%, que es lo que se propuso en el Plan Nacional de Cuidados, tendría un costo anual de USD 94,4 millones; equivalente al 0,17% del PIB.

No obstante, en su primer año de funcionamiento el parlamento ha dotado al sistema con USD 14,9 millones; un 15,8% del total. Así, en este año se consideraron como objetivo 1.570 beneficiarios de asistencia personal, 3.621 de teleasistencia, 400 de centros de día y 125 para cuidado permanente. En total, considerando incompatibilidades; más de 5.300 beneficiarios, equivalentes al 8,3% del total de dependientes en el país.

5. Conclusiones

América Latina está entrando en una etapa particularmente nueva. Su población envejece a un ritmo mayor del que lo hicieron los países ricos, pero con menos recursos y menor protección social que tuvieron éstos entonces.

Es una disyuntiva difícil. Surgen nuevas demandas sociales y nuevas necesidades de gasto. Una de ellas es la demanda por servicios de cuidados de personas dependientes. Estas son personas, principalmente mayores de 65 años, que requieren de la ayuda de terceros para realizar las actividades de la vida diaria.

En esta ocasión, los gobiernos regionales cuentan con una ventaja. Casi una treintena de países en el mundo cuenta con este tipo de políticas, y existe evidencia científica del funcionamiento y reformas de los últimos veinte años.

Pese a ello, una revisión de la actualidad regional revela que muy pocos países están avanzando en la planificación. Existen programas aislados en algunos países o ciudades como Buenos Aires, pero a nivel nacional sólo Chile, con unos programas piloto, y Uruguay, con el primer sistema nacional de cuidados latinoamericano, han avanzado decididamente en este camino.

En el caso chileno los esfuerzos son tibios. Son programas pilotos para unos pocos miles de personas. Funcionan con una intervención pública de financiamiento de la demanda a través de alta participación de entidades no lucrativas y agencias religiosas. Es un modelo que no termina de separarse de la cultura de la ayuda social focalizada. Algo que en este caso no responde a necesidades que no sólo afectan a los más pobres, sino que sobrepasan los recursos financieros de la mayoría de los hogares.

Uruguay, como país más envejecido de Sudamérica y con uno de los sistemas de seguridad social más desarrollados de la región ha sido, como se esperaba, el primero en establecer un sistema formal nacional. Este sigue los lineamientos de los modelos internacionales: fomenta el envejecimiento en el hogar y favorece la capacidad de elección del dependiente. No obstante, su avance es lento en términos de dotación presupuestaria y no considera atención residencial. Esto último resulta cuestionable debido al alto número de personas que actualmente residen en centros de larga estancia, y las precarias condiciones en muchos de ellos.

Convendrá por tanto mantener un seguimiento de la evolución del modelo uruguayo. Hoy por hoy, con ajustes presupuestarios por déficit público, sus

posibilidades de desarrollo han quedado bloqueadas una vez nacido el modelo. Es de esperar que en los próximos años se retome su impulso, ya que muchos otros gobiernos latinoamericanos están pendientes de los resultados para plantear la discusión de sus propios modelos.

Bibliografía

- Bettio F, Verashchagina A. 2010. Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries. European Commission. 2012. doi: 10.2838/87307.
- Carrera F, Pavolini E, Ranci C, Sabbatini A. 2013. Long-term care systems in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European countries. En: Ranci C, Pavolini E, eds. Reforms in long-term care policies in Europe. New York: Springer. p. 23-52.
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2012. Panorama Social de América Latina 2012. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/panorama-social-de-america-latina-2013>
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2013. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/panorama-social-de-america-latina-2013>
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2016. Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
- Cotlear D, ed. 2011. Population aging: Is Latin America ready? Washington D.C., United States: World Bank; 2011:43-77. doi:10.1596/978-0-8213-8487-9.
- Da Roit B, Le Bihan B. 2010. Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *Milbank Quarterly*, 88(3):286-309.
- EC, European Commission. 2015. The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). *European Economy* 3/2015. Bruselas: Bélgica. doi:10.2765/87763
- Frericks P, Jensen PH, Pfau-Effinger B. 2014. Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe. *Journal of Aging Studies*, 29:66-77. doi: 10.1016/j.jaging.2013.12.002.

- Harris J, White V. 2013. *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Lafortune G, Balestat G. 2007. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/soc/38343783.pdf>
- Matus-López M y Cid C. 2015. Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile. *Journal of American Medical Directors Association*, 16(10): 900.e7-900.e10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.07.018>
- Matus-López M y Cid C. 2016. New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay. *Journal of American Medical Directors Association*, 17(7):663-665. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.04.001>
- Matus-López M, Rodríguez-Modroño P. Supply and Demand Pressures on Formal Care Policies in Latin America. *Revista del CLAD* 2014; 60:103-130.
- Matus-López M. 2015. Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas. *Cadernos de Saude Pública*. 31(12):2475-81. doi: 10.1590/0102-311X00039315.
- Matus-López, M. 2015. Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud Colectiva*, 11(4):485-496. doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.785>
- MDS, Ministerio de Desarrollo Social. 2013. Encuesta Casen 2013: Adultos Mayores, Síntesis de Resultados. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf.
- MS, Ministerio de Salud. 2010. Encuesta Nacional de Salud 2009. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. 2012. *Accounting And Mapping Of Long-Term Care Expenditure Under SHA 2011*. Paris: OECD Publishing.
- Pearson C, Ridley J. 2016. Is personalization the right plan at the wrong time? re-thinking cash-for-care in an age of austerity. *Social Policy and Administration*, [early view]. doi:10.1111/spol.12216

- Razavi S. 2007. The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. Gender and Development Programme Paper, 3 Genova; UNSRID.
- Saad P. Demographic trends in Latin America and the Caribbean. In: Cotlear D, ed. *Population aging: Is Latin America ready?* Washington D.C., United States: World Bank; 2011:43-77. doi:10.1596/978-0-8213-8487-9.
- SPF, Service Public Français. 2016. Qu'est-ce que la grille Aggir ? Disponible en: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229> Acceso el 20 de enero de 2017.
- Trachte F, Sperlich S, Geyer SZ. 2015. Compression or expansion of morbidity? Development of health among the older population. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48: 255-263. doi:10.1007/s00391-014-0644-7
- UN, United Nations. 2017. Revision of World Population Prospects 2015. [Internet] Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/> Acceso el 10 de marzo de 2017
- Van Gool CH, Picavet HS, Deeg DJ, de Klerk MM, Nusselder WJ, van Boxtel MP, Wong A, Hoeymans N. 2011. Trends in activity limitations: the Dutch older population between 1990 and 2007. *International Journal of Epidemiology*, 40(4):1056-67. doi: 10.1093/ije/dyr009
- WB, World Bank. 2017. World Development Indicators. [Internet]. Disponible en: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> Acceso el 18 de enero de 2017.
- WHO, World Health Organization. 2004. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Ageing and Health Technical Report. Volume 5. Kobe: WHO. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68896/1/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf