



Munich Personal RePEc Archive

A long-term care system for Chile. Lessons from the experience of Spain

Matus-López, Mauricio

Universidad Pablo de Olavide

2020

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/105709/>
MPRA Paper No. 105709, posted 02 Feb 2021 09:12 UTC

Título:

Un sistema de atención a la dependencia para Chile. Apuntes desde la experiencia española.

Ha transcurrido más de una década desde que España aprobó, por primera vez, una ley de atención a la dependencia. En este periodo, se han visto sus fortalezas y debilidades. El objetivo de este artículo es analizar los aspectos económicos de la evolución del sistema público español, desde su creación, y determinar algunos aprendizajes para el caso chileno. Para ello, se realizó una revisión de la literatura científica sobre dicho modelo y se analizó la evolución de sus principales variables. Los resultados muestran que, debido al envejecimiento poblacional, entre otras variables, Chile sufre similares presiones que las españolas en su momento. Asimismo, y a la luz de la evidencia, parece conveniente evaluar el diseño de la actual reforma en discusión en Chile.

Palabras clave: Cuidados de larga duración, dependencia, envejecimiento, Chile, España.

Title:

A long-term care system for Chile. Lessons from the experience of Spain.

It has been more than a decade since Spain passed its first dependency law. In this period, its strengths and weaknesses have been analyzed. The objective of this article is to analyze the economic aspects of the Spanish public system and to obtain lessons for the Chilean case. To this end, a review of the scientific literature was carried out and the evolution of its main variables was analyzed. The results show that, due to population aging, among other variables, Chile has similar pressures that Spain had in the past. Also, the evidence points to re-evaluate the current design of the reform under discussion in Chile.

Keywords: Long-term care; dependency; aging; Chile, Spain.

1. INTRODUCCIÓN

Al final de la segunda mitad del siglo pasado, los países europeos introdujeron servicios de atención a la dependencia, enmarcados en los sistemas de cuidados de larga duración (Ranci y Pavolini, 2013; Becker y Reinhard, 2018). Es decir, servicios destinados a las personas que necesitan de ayuda de terceros, de forma permanente o por un largo periodo de tiempo, para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como desplazarse, comer, lavarse, etc. (WHO, 2004; OECD, 2011; EC, 2012). El principal motivo de su desarrollo, como consta en los estudios diagnósticos que precedieron a las leyes, fue el envejecimiento poblacional. En la actualidad, la evidencia internacional estima que, en torno al 70% de los beneficiarios de CLD, son personas de 65 y más años de edad (OECD, 2017). El resto, corresponde, en su mayoría, a personas con discapacidad física o mental, con edades más jóvenes.

En este marco, España fue uno de los últimos países europeos en terminar de implementar el cuarto pilar del bienestar. El modelo, con luces y sombras, ha cumplido más de una década de funcionamiento. En la actualidad beneficia a más de un millón de personas, y a casi uno de cada diez adultos mayores del país (MSCBS, 2019a). Sin duda, por su funcionalidad y origen, está sirviendo de reflexión para el diseño de los primeros sistemas en América Latina (Matus-López y Cid, 2016; Aranco, 2019).

Hasta hace unos años, en la literatura científica, se había publicado poco o relativamente poco sobre la región (Lloyd-Sherlock, 2014). Afortunadamente, en los últimos años, los diagnósticos académicos han comenzado a ver la luz, tanto para la región (Matus-López y Rodríguez, 2014; Matus-López, 2015; Aranco et al., 2018; Medellín et al., 2018), como para casos específicos, (Monteverde et al., 2016; Matus-López y Cid, 2016; Aranco, 2019; Matus-López y Cid, 2015; Villalobos, 2017, 2018).

En el caso chileno, se identifica una secuencia de informes y documentos de trabajo que culminan con la publicación más reciente de artículos científicos. A mitad de la década del 2000, ya se estimaba que el 19,9% de la población mayor tenía limitaciones para las ABVD (Albala et al., 2005). Le siguieron otras estimaciones, que elevaron la cifra al 24,1% (Olivares et al., 2008).

Casi al finalizar la década, una nueva encuesta específica permitió al Senama estimar que, uno de cada tres mayores tenía problemas para realizar actividades de la vida diaria (Gonzalez, Massad y Lavanderos, 2009). Ese mismo año, un análisis de la

oferta de servicios alertó sobre la precariedad e insuficiencia de los programas públicos (CIMER, 2009). Más tarde, otra vez Senama, entregó una estimación de dependencia del 24%, con la mitad de ellos en grado severo (Alanis, 2011).

Hace unos cinco años, ya existían estudios sobre estimaciones de costos de un modelo básico de atención para el país, que fluctuaba entre medio punto y un punto del PIB (Cid dir., 2014; Matus-López y Cid, 2014) y se volvió a actualizar el diagnóstico de servicios (Matus-López y Cid, 2015).

Los últimos trabajos han vuelto sobre la necesidad de planificar y diseñar estas políticas en el país (Villalobos, 2017, 2018) y ofrecen nuevas estimaciones que rebajan la tasa de dependencia al 18% de los mayores de 65 años (Villalobos, 2019).

Así, la evidencia parece confirmar que el país se encuentra a las puertas de implementar soluciones a la demanda de cuidados de larga duración y, específicamente, con servicios de atención a la dependencia. Por este motivo, y a la luz de las implicancias que está teniendo el modelo español en los análisis latinoamericanos, el presente artículo analiza las implicancias de dicho modelo, en función de posibles aprendizajes para el caso chileno. La discusión se agrupa en tres apartados: las presiones en el origen, en la evolución y desarrollo del sistema y las principales conclusiones y desafíos para Chile.

2. LAS PRESIONES DE DEMANDA Y OFERTA

La literatura es rotunda al señalar el envejecimiento poblacional, como el principal factor de demanda de la atención a la dependencia. Aunque existen teorías acerca de la relación entre años de vida ganados y morbilidad, que postulan que estos se pueden desarrollar en mejor o peor condición, lo cierto es que la demanda bruta agregada, por el número de personas, implica un aumento indiscutible de estas presiones.

España no fue la excepción, y el envejecimiento es destacado en la declaración de motivos de la Ley 39/2006, como en el Libro Blanco que le sirvió de base (Rodríguez dir., 2004). Una década antes, los estudios ya alertaban de esta realidad (Pérez, 1998). Por ello, en comparación internacional, el modelo español es algo tardío. Cuando se aprobó la ley, el 17% de la población superaba los 65 años de edad, mientras

que, en el caso francés, el origen de la prestación de dependencia se produjo con tasas cercanas al 15% (Matus-López y Rodríguez, 2014).

En este sentido, Chile es uno de los países más envejecidos de América Latina. El 12% de la población tiene 65 o más años de edad, y las proyecciones estiman que en poco más de una década, las personas mayores superarán a los menores de 15 años. Así, en 2030, este porcentaje será mayor que el que tenía España cuando implementó su modelo (UN, 2019).

La segunda de las causas más citadas por la literatura, es la reducción de la capacidad familiar para ofrecer cuidados. Por una parte, la caída en el tamaño de los hogares y, sobre todo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral, tuvo como consecuencia menos horas disponibles y mayor costo de oportunidad del trabajo doméstico y de cuidados. En el caso español, la tasa de actividad fémica se situaba en el 48,5% cuando se implementó el modelo. Un valor que venía creciendo casi de forma continua desde mediados de los años ochenta y que, solo diez años antes, en 1996, era diez puntos más bajo; 38.2% (INEes, 2019).

Las cifras, para Chile, en 2018, eran muy similares, y reflejaba que el 49,1% de las mujeres chilenas participaba en el mercado de trabajo. La tasa de actividad femenina registró un aumento de diez puntos en poco más de una década; desde el 39,1% en 2007 (INEch, 2019)

Estas son las dos causas principales en España, pero no las únicas. Hay al menos otras dos que cabe considerar. Una es la presión social y otra es la necesidad de aumentar la productividad del trabajo. En la primera jugaron un rol determinante los movimientos feministas, tanto dentro del partido de gobierno como en las organizaciones civiles. No es casualidad que, en los años inmediatamente siguientes, el parlamento Estatal y algunos parlamentos regionales, aprobaran casi en línea, leyes de igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

La segunda, casi no mencionada en la literatura de salud, corresponde a una decisión puramente económica. Las inversiones sociales en educación sólo tienen sentido económico si el factor trabajo refleja estas capacidades en valor de la producción. Algo que no se realiza con enormes grupos de población, realizando trabajos de cuidados no remunerados, de baja productividad. Mientras que, en los primeros años de la cayó a una tasa media del -0,23% anual. A partir de entonces,

coincidiendo con la aprobación de la Ley, y por más de doce años, se recuperaron las tasas positivas, hasta el año pasado, que se registraron caídas (Villena, 2013; Eurostat, 2019).

En el caso chileno, también es difícil valorar la fuerza de la presión social por estos servicios, así como el calado de las reivindicaciones feministas por mayor igualdad. No obstante, una revisión rápida de las noticias de los últimos dos años, sobre movimientos y manifestaciones sociales, parece mostrar un incremento del rol de éstos. Más cuantificable es la presión económica por mayor productividad. Las estadísticas de la Comisión Nacional de Productividad muestran que, a partir de 1995, se desaceleró el ritmo de crecimiento de esta variable, para entrar en una tendencia negativa desde 2005 en adelante. Solo 2018 ha vuelto a mostrar cifras positivas, apenas por encima del 1% (CNP, 2018).

3. EL MODELO ESPAÑOL Y SUS IMPLICANCIAS ECONÓMICAS

3.1 Descripción del modelo

El sistema español se inició en 2007, tras la aprobación de la Ley 39/2006. Este ofrece atención residencial y de base domiciliaria a quienes, de forma permanente, “precisan de la atención de otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVD o, en el caso de discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”, causados por la edad, enfermedad o discapacidad. Con ello, se complementó el conjunto de cuidados de larga duración (CLDs), agregando la parte de servicios sociales a los servicios de carácter médico, ya existentes (atención médica de fin de vida, cuidados intensivos, etc.) (Browne, 2011, OECD, 2018;).

El acceso se declaró universal, aunque aplica un baremo de priorización por severidad. La evaluación entrega un resultado numérico con valor de cero (sin dependencia) a cien (totalmente dependiente). La escala se divide en cuartiles y los tres más graves tienen derecho a beneficios.

El modelo ofrece casi tantos servicios en especie, como prestaciones económicas. Los servicios pueden ser de cinco tipos: a) prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, b) atención residencial, c) ayuda en domicilio, d) centros de día/noche y e) servicio de teleasistencia. Por su parte, las transferencias económicas o *cash-for-care*, 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 y no supera, en el caso de mayor gravedad, los 390 euros/mes (unos 315 mil pesos/mes)¹.

3.2 Costo del modelo

Las fuentes internacionales y las fuentes nacionales difieren en la valoración del costo del sistema. El motivo es que, a nivel internacional, la OECD y la UE valoran el conjunto de los CLDs, mientras que a nivel nacional hay dos tipos de aproximaciones. Una, basada en el Sistema de Cuentas de Salud (SCS), que mide los CLDs con mayor carácter médico, y la segunda, basada en presupuestos nacionales y autonómicos, valoran específicamente los servicios del sistema de atención a la dependencia.

De acuerdo a las fuentes internacionales, el costo de los CLDs en España, es menor que el promedio internacional, aunque su cobertura es cercana a la media. Según estas fuentes, el gasto total de CLD se sitúa entre el 0,75% y 0,9% del PIB, y la cobertura alcanza al 2,3% de la población (OECD, 2017; EC, 2018).

De acuerdo a las cuentas nacionales de salud, para el año 2017, el 65% de los costos de CLD fueron por servicios de tipo hospitalario (MSCBS 2019b). El restante correspondió a otros servicios de salud y algunos sociales.

Estas cifras no nos permiten conocer cuál es el costo total de los servicios asociados a la Ley de Dependencia. Para ello, es necesario adentrarse en la forma de financiamiento del sistema.

El modelo español 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 región. A esto se agrega la recaudación por copagos.

Las estimaciones señalan que el total de servicios de atención a la dependencia, tuvo un costo público de aproximadamente el 0,54% del PIB en 2018. De este, el 80% correspondió a aporte de las Comunidades Autónomas y el 20% a la Administración General del Estado (AEDGSS 2019). Así, el gasto público por persona beneficiaria fue de unos 518 euros/mes (410 mil pesos/mes)

¹ Las otras dos alcanzan máximos de 715,07 euros/mes y mínimos de 300 euros/mes. El tipo de cambio utilizado en este trabajo fue de 794,39 pesos = 1 euro, correspondiente al cambio el 1 de octubre de 2019.

En cuanto al copago, la recaudación fue equivalente al 26% del gasto público en dependencia. El cobro varía en función de la política del gobierno regional, del servicio recibido y de la capacidad de pago del beneficiario. No es lo mismo si la persona se traslada a vivir a una residencia, que si continúa haciéndolo en su hogar. En promedio, fue de unos 135 euros/mes por persona beneficiaria (107 mil pesos/mes). Cifra equivalente a cerca del 15% de la pensión media española.

3.3 Evolución y crisis del modelo

La Ley de Dependencia se implementó cuando la economía había crecido a una tasa promedio del 3,5% anual en los últimos cinco años. Sin embargo, el año siguiente, estalló la crisis financiera internacional, unida a una crisis nacional inmobiliaria. En conjunto, en 2009, hicieron retroceder el PIB un 3,7%. Cuatro años más tarde, en 2013, el PIB era un 8,5% menor que el de 2008 (ECB, 2019).

Existe discusión sobre si las políticas de austeridad aplicadas en esos años, fueron la respuesta adecuada o profundizaron la crisis (Blyth, 2013). En términos del financiamiento de dependencia, el Gobierno Central recortó el gasto, disminuyó el montante de las prestaciones económicas y congeló la entrada de nuevos beneficiarios leves hasta 2015.

Como resultado, el aporte fiscal en 2014 era un 36% menor que en 2010 y el número de beneficiarios se mantuvo por debajo de 2011. Si se compara la evolución del PIB con la variación del número de personas beneficiarias, el año siguiente, se aprecian los años de retrocesos, y la recuperación a partir de 2016 (Gráfico 1).

[Insertar Gráfico 1]

Ahora bien, más allá de la crisis, las tendencias del modelo parecen ser dos. En primer lugar, y al igual que el resto de los sistemas internacionales (Matus-López, 2015), existe una preferencia por impulsar la cobertura de servicios de base domiciliaria (en lugar de atención residencial) y en segundo lugar, reducir proporcionalmente las PECEF, (en favor de servicios en especie) (Gráfico 2).

[Insertar Gráfico 2]

Estas PECEF fueron criticadas, ya que los montantes no eran equivalentes a un salario, ni tampoco permitía a las cuidadoras incorporarse al mercado de trabajo. Cabe recordar que estas se contemplaron como una herramienta provisional, mientras se desplegaba la red de servicios, pero hasta 2014 representaron más del 40% de los beneficios.

4. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Son varias las lecciones que se pueden aprender del modelo español, y así lo están haciendo los primeros países latinoamericanos que comienzan a valorar e implementar modelos similares (Matus-López y Cid, 2016). En concreto, y desde un punto de vista económico, cabe destacar cuatro temas de debate para pensar en Chile.

El primero es que, los servicios de atención a la dependencia son caros. Pese a que el modelo español es relativamente menos costoso que otros europeos, sigue requiriendo casi seis décimas del PIB. El motivo es que el precio de algunos servicios, como la atención residencial, son particularmente elevados. Aproximadamente la mitad de los recursos del sistema se destinan a residencias, para algo más del diez por cien de beneficiarios (AEDGSS, 2019)². Considerando las diferencias en el PIB per cápita entre España y Chile, y los niveles de precios de ambos países, es posible que un modelo para Chile, sea relativamente más caro. Es decir, más cercano al rango superior de las estimaciones (0,93% del PIB), que al rango inferior (0,45% del PIB) (Cid dir., 2014; Matus-López y Cid, 2014).

La segunda línea de debate se desprende de la primera. Esto es, que, para la mayoría de las personas que sufren dependencia grave o severa, los costos son inabordables. Por este motivo, los diseños de políticas son más parecidos a los fondos de protección de enfermedades catastróficas, que a modelos de ayudas sociales. Esta característica ha generado un elevado nivel de consenso de que, estos sistemas, deben ser públicos y de acceso universal (Colombo et al 2011; Swartz, 2013). Posiblemente este sea uno de los mayores desafíos para el caso de Chile, puesto que implica un cambio de paradigma de la protección social, desde la focalización en la pobreza hacia el bienestar general.

² 13,1% y 47,8% respectivamente.

Un tercer debate económico es el balance entre transferencias económicas y servicios, y entre servicios residenciales y servicios de base domiciliaria. La respuesta, en términos de tendencias internacionales, es el aumento de la cobertura a través de los *cash-for-care*, a la vez que la promoción del envejecimiento en los hogares (Matus-López, 2015).

Sin embargo, en el modelo español las transferencias no son equivalentes al coste de los servicios, como en los países nórdicos (Becker y Reinhard eds., 2018). La PECEF, en particular, anula gran parte de los beneficios económicos de estas políticas. Si bien es cierto que permite favorecer a más familias (por su bajo costo), tiene como contrapartida tres externalidades: a) consolida el cuidado en el interior de los hogares (Matus-López y Rodríguez, 2016), b) se distorciona, en los casos de menos ingresos, transformándose en un subsidio contra la pobreza (Comas-d'Argemir, Deusdad & Dziegielewski, 2016) y c) debilita el impacto positivo de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo (Matus-López y Rapún, 2016). De hecho, en 2019, poco más de siete mil cuidadoras, equivalente al 1,8% de aquellas con prestación, estaban cotizando a la Seguridad Social (MTMSS, 2019)³.

Por último, cabe señalar los problemas de financiación que ha tenido el modelo español, en materia de sostenibilidad, y que, a la luz de las experiencias internacionales (Costa-Font, Courbage & Swartz, 2015), debería ir avanzando hacia una ampliación de las fuentes de financiamiento público.

En el caso chileno, el análisis debe considerar el sesgo regresivo del modelo tributario. En la OCDE la recaudación de los impuestos a bienes y servicios es algo menor que la de los impuestos a los beneficios, ingresos y ganancias del capital. Mientras que en Chile la primera es un 60% mayor que la segunda (OECD, 2019)⁴. Por lo que, parece poco conveniente, cargar el peso financiero de esta política, en esta misma fuente.

³ 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 llevo 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.

⁴ Las cifras son las siguientes: Para el promedio OECD, los impuestos sobre bienes y servicios es del 11% del PIB y los impuestos sobre beneficios, ingresos y ganancias del capital es del 11,3% del PIB; En Chile, el impuesto sobre bienes y servicios representa la misma recaudación (11% del PIB), pero los segundos sólo representan el 6,8% del PIB. Datos para 2017.

En resumen, la experiencia de España, en perspectiva internacional y de cara a sus implicaciones para Chile, pone una luz de alerta sobre la propuesta de seguro de dependencia, incluida en la actual reforma de pensiones (SPS, 2019). No parece que sea una solución, diseñar una política basada en una transferencia monetaria, vinculada a las contribuciones sociales individuales y dotada de un montante insuficiente para adquirir servicios de mercado. Si hay algo que se aprende del modelo español, es que, precisamente, ese no es el camino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEDGSS, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. (2019). XIX Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006. Disponible en: <https://www.directoressociales.com/images/Dec2019/info%20global%20xix%20dictamen%20V2-2.pdf> Acceso el 1/10/2019.
- Alanis, P. (2013). Modelo Chileno de Atención a la Dependencia: Avances y Desafíos. Ponencia en *Curso de Prevención y Atención a la Dependencia*, Montevideo 13 al 17 de Junio. Red RIICT. Disponible en: http://www.riicotec.org/riicotec_01/formacion/2011/cursos_aacid_pifte/envejecimiento/dependencia_montevideo/index.htm
- Aranco, N. (2019). Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia. Resumen Uruguay. Washington, D.C: BID. doi: 10.18235/0001607
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P. y Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia: Estado de salud de América Latina y el Caribe. Washington D.C: IDB. doi: 10.18235/0000984
- Becker, U y Reinhard, H.J. (2018). Long-Term Care in Europe: A Juridical Approach. Cham: Springer.
- Blyth, Mark (2013). Austerity: The History of a Dangerous Idea. Oxford: Oxford University Press.
- Browne, B. (2011). Long Term Care insurance in Australia. *Actuary*, 5. Disponible en: https://www.actuaries.asn.au/Library/AAArticles/2011/AA-AUG2011_web_pp5-7.pdf
- Cid, C. (dir). (2014). Análisis Prospectivo de un Seguro Obligatorio de Dependencia para Adultos Mayores. Santiago; CIEDESS y PUC.

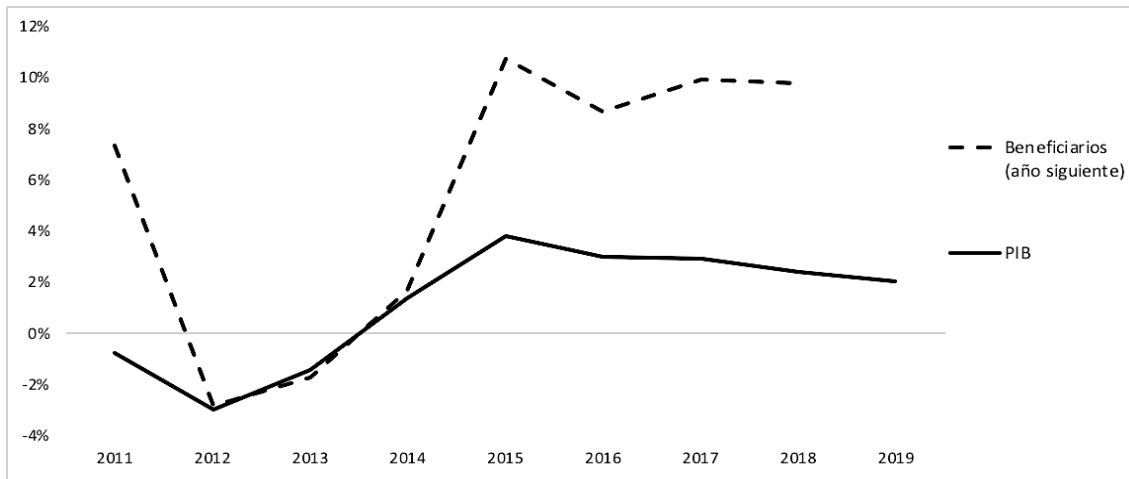
- CIMER, Centro de Ingeniería de Mercados (2009). Estudio sobre la Demanda de Servicios de Cuidado para las Personas Mayores. Santiago: UTFSM. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Demanda-Servicios-de-Cuidado-para-las-Personas-Mayores-2009.pdf>
- CNP, Comisión Nacional de Productividad (2018). Informe Anual 2018. Disponible en: <https://www.comisiondeproductividad.cl/estudios/finalizados/estudio-informe-anual-de-productividad-2018/>
- Colombo, T., Llana-Nezal, A., Mercier J. y Tjadens, F. (2011). Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264097759-en
- 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., 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
- 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.
- ECB, European Central Bank (2019). Statistical data Warehouse [Internet]. Disponible en: <http://sdw.ecb.europa.eu/home.do> Acceso el 20 de Octubre de 2019.
- Eurostat (2019). Real labour productivity per person employed. [Internet] Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tipsna70/default/table?lang=en>
- González F., Massad C. y Lavanderos F. (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago; SENAMA. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
- INEch, Instituto Nacional de Estadísticas (2019). Encuesta Nacional de Empleo. [Internet] Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/laborales/ene>

- INEes, Instituto Nacional de Estadística (2019). Encuesta de Población Activa. [Internet] Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735976595
- Lloyd-Sherlock, P. (2014). Beyond Neglect: Long-term care research in low and middle-income countries. *International Journal of Gerontology*, 8(2), 66–69.
- Matus-López, M y Rapún, M. (2016). Los cuidados para la atención a la dependencia. En L. Galvez (dir): La economía de los cuidados. Sevilla: Deculturas. 163-212.
- Matus-López, M. (2015). Trends and reforms in long-term care policies for the elderly. *Cadernos de Saude Publica*, 31(12): 2475–281. doi: 10.1590/0102-311X00039315.
- Matus-López, M. y Cid, C. (2015). Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10): 907-910.
- Matus-López, M. y Rodríguez, P. (2014). Presiones de oferta y demanda sobre políticas formales de cuidados en Latinoamérica. *Reforma y Democracia*, 60: 103–130.
- Matus-López, M. y Rodríguez, P. (2016). Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado. *Reforma y Democracia*, 66: 99–130.
- Matus-López, M., y Cid, C. (2014). Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012 – 2020. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 36(1): 31–36.
- Matus-López, M., y Cid, C. (2016). New Long-Term Care Policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (7): 663–665.
- Medellín, N, Ibararán, P, Matus-López, M. y Stampini, M. (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Nota Técnica IDB-TN1428. Washington D.C.: IDB.
- Monteverde, M., Tomas, S., Acosta, L. y Garay, S. (2016). Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: perspectiva comparada con España. *Revista Latinoamericana de Población*, 18(10): 135–154.
- MSCBS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019a). 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 9/05/2019.
- MSCBS, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019b). Sistema de Cuentas de Salud 2017. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm>
- MTMSS, Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (2019). Series de cuidadores no profesionales [Internet]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST8/2341> Acceso el 20/10/2019.
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development (2011). Health at a Glance 2011. Paris: OECD Publishing
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2017). Health at a Glance 2017. Paris: OECD Publishing.
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2018). Accounting for long-term care under the System of Health Accounts framework. Paris: OECD Publishing.
- OECD, Organization for Economic Co-operation and Development. (2019). Revenue Statistics [Internet]. Disponible en: <https://stats.oecd.org> Acceso el 15/10/2019.
- Olivares P., Ibañez C., España M., Miranda V. y Gillmore M. (2008). Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. Santiago; Superintendencia de Salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4471_recurso_1.pdf
- Pérez, J. (1998). Proyección de personas dependientes al horizonte 2021. *Papers de Demografia*, 144: 1-17.
- Ranci C., y Pavolini E. (eds.) (2013). Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. New York, NY: Springer.
- Rodríguez, A. (dir.). (2004). Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO.
- SPS, Subsecretaría de Previsión Social (2019). Autoridades explican alcances del nuevo subsidio y seguro de dependencia contenidos en la Reforma a las Pensiones [Internet]. 16 de Noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/autoridades-explican-alcances-del-nuevo-subsidio-y-seguro-de-dependencia-contenidos-en-la-reforma-a-las-pensiones> Acceso el 25/10/2019.

- Swartz K. (2013). Searching for a balance of responsibilities: OECD countries' changing elderly assistance policies. *Annual Review of Public Health*, 34: 397-412.
- UN, United Nations (2019). World Population Prospects 2019. [Internet] Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/> Acceso el 10/03/2019.
- Villalobos, P. (2017). Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41: e86
- Villalobos, P. (2018). Long-term care systems as social security: the case of Chile. *Health Policy and Planning*, 33: 1018–1025. doi: 10.1093/heapol/czy083
- Villalobos, P. (2019). Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Revista Médica de Chile*, 147: 83-90.
- Villena, J.E (2013). El problema de la productividad española. *eXtoikos*, 10: 19-24.
- WHO, World Health Organization. 2004. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Ageing and Health Technical Report, 5. Kobe: WHO. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68896/1/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf

Gráfico 1. Variación del PIB y del número de beneficiarios el año siguiente. España. 2011-19
(Porcentaje de variación anual)

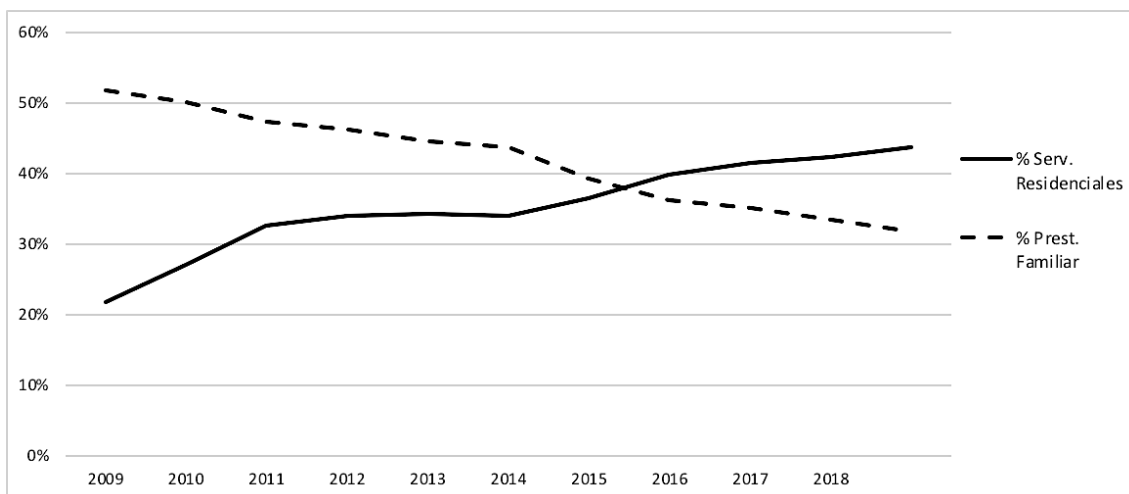


Fuente: Elaboración propia con base en BCE (2019) y MSCBS (2019a)

Tabla de datos:

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PIB	-0,8%	-3,0%	-1,4%	1,4%	3,8%	3,0%	2,9%	2,4%	2,0%
Beneficiarios año+1	7,4%	-2,9%	-1,7%	1,7%	10,8%	8,7%	9,9%	9,8%	n.d.

Gráfico 2. Evolución de los servicios de base domiciliar y las prestaciones para el cuidado en el entorno familiar. España. 2009-2019
(Porcentaje sobre el total de servicios y prestaciones⁺)



⁺No incluye acciones de prevención y promoción. Junio de cada año. Fuente: Elaboración propia con base en MSCBS (2019a)

Tabla de datos:

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Serv. Residenciales	34,2%	19,9%	15,9%	13,9%	13,1%	13,9%	14,3%	15,8%	15,0%	14,2%	13,7%	13,0%
Prest. Familiar	36,5%	51,7%	49,9%	47,2%	46,2%	44,6%	43,6%	39,3%	36,0%	35,1%	33,4%	31,8%