

DOCUMENTOS DE PROYECTOS

Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores

Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe

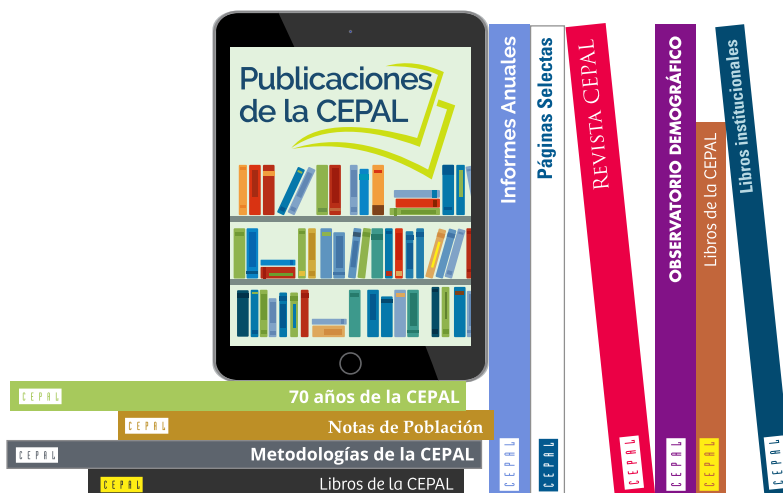
Verónica Montes de Oca Zavala



CEPAL



Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL



Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

Deseo registrarme



NACIONES UNIDAS



www.cepal.org/es/publications



www.instagram.com/publicacionesdelacepal



www.facebook.com/publicacionesdelacepal



www.issuu.com/publicacionescepal/stacks



www.cepal.org/es/publicaciones/apps

Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores

Análisis de experiencias en América Latina y el Caribe

Verónica Montes de Oca Zavala



Este documento fue preparado por Verónica Montes de Oca Zavala, Consultora del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el marco de las actividades del programa para 2022 del acuerdo de cooperación entre la República de Corea y la CEPAL. La autora agradece los comentarios de Simone Cecchini, Director del CELADE-División de Población de la CEPAL, Zulma Sosa, Coordinadora del Área de Población y Desarrollo, Daniela González Ollino, Asistente de Investigación, y Orly Winer, Asistente de Información, todas de la misma División.

Se agradece la colaboración de Yasmin Violeta Arenas Sánchez, Valeria Itzel Espinosa Hernández, Karla Pérez Guadarrama, Ivonne Arlette Jagüey Camarena, María de Lourdes Velasco Domínguez, Marissa Vivaldo Martínez y Edgar Zamora Carrillo.

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

No deberá entenderse que existe adhesión de las Naciones Unidas o los países que representan a empresas, productos o servicios comerciales mencionados en esta publicación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización o las de los países que representa.

Publicación de las Naciones Unidas
LC/TS.2023/158
Distribución: L
Copyright © Naciones Unidas, 2023
Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago
S.23-00932

Esta publicación debe citarse como: V. Montes de Oca Zavala, "Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores: análisis de experiencias en América Latina y el Caribe", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2023/158), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.

Índice

Introducción	7
I. Cuidados de largo plazo: atender el presente para construir un mejor futuro	9
A. El cuidado, un asunto de derechos y justicia social.....	9
B. ¿Qué son los cuidados a largo plazo?	11
1. Las personas trabajadoras del cuidado a largo plazo	15
C. Lugares donde ocurre el cuidado a largo plazo	16
1. Los hogares	16
2. Las instituciones de cuidados a largo plazo	18
D. Sistemas de cuidados y cuidado a largo plazo.....	20
II. La construcción del derecho a los cuidados de largo plazo en la normatividad internacional y regional	25
A. El derecho de las personas mayores y personas con discapacidad a recibir cuidados	25
B. Derechos de las personas trabajadoras del cuidado y el derecho a la autonomía de las mujeres	29
C. El Seguro de Cuidados a Largo Plazo: la experiencia de la República de Corea	33
1. El Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) y el Seguro de Cuidados a Largo Plazo (LTCI)	36
2. Características del LTCI	37
3. Población objetivo y servicios	38
4. Prestadoras de servicio	39
5. Financiamiento.....	39
6. Cobertura	40
7. Alcances	42
8. Limitaciones	42
9. Reflexiones adicionales.....	42
III. Las transformaciones demográficas y las necesidades de cuidado de largo plazo en la región	45
A. Dinámica de la población.....	45

B.	Cambios en la estructura por edad y sexo	47
C.	Razón de dependencia e índice de masculinidad.....	56
D.	Indicadores del proceso de envejecimiento	58
E.	Mortalidad y esperanza de vida al nacer	65
F.	Factores que influyen en el aumento de las necesidades de cuidado a largo plazo	73
1.	Prevalencia de enfermedades crónicas en la región	73
2.	Discapacidad	77
G.	Personas mayores que requieren cuidados a largo plazo en la región.....	78
H.	Estadísticas regionales sobre el tiempo de trabajo doméstico y del cuidado remunerado y no remunerado.....	81
IV.	Marco jurídico y política regional en materia de cuidados de largo plazo en la región.....	85
A.	Marco jurídico internacional y regional	86
1.	Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares	86
2.	Protocolo de San Salvador	86
3.	Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.....	86
4.	Consenso de Quito.....	87
5.	Consenso de Brasilia	87
6.	Consenso de Santo Domingo.....	87
7.	Directrices sobre modalidades alternativas de cuidado de niños y niñas	88
8.	Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.....	88
V.	Las políticas de cuidado de largo plazo en América Latina y el Caribe	95
A.	La necesidad de la ampliación de la cobertura de protección social	95
B.	Gasto social dedicado al cuidado a largo plazo en la región	96
C.	Características de las políticas de cuidado a largo plazo.....	98
D.	Avances legislativos en materia de cuidados a largo plazo	99
E.	Políticas, programas y acciones en materia de cuidados a largo plazo en la región.....	99
F.	Países que avanzan en la construcción de sistemas de cuidados	103
	Bibliografía	105
	Anexo	113
	Cuadros	
Cuadro 1	Convenios o tratados internacionales sobre cuidados a largo plazo.....	28
Cuadro 2	Marco jurídico internacional y regional sobre el trabajo de cuidados.....	33
Cuadro 3	Definición del grado de beneficios otorgados, según el estado físico y mental por parte del LTCl en la República de Corea	38
Cuadro 4	República de Corea: cobertura y gasto de la población en la LTCl pública, 2008-2018.....	41
Cuadro 5	América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, 1950 y 2020	50
Cuadro 6	América Latina y el Caribe: situación de los países según su etapa de transición demográfica, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021	52
Cuadro 7	América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, por decenios, 1950, 1990, 2020	55
Cuadro 8	América Latina y el Caribe: relación de dependencia, por decenios, 1950-2050	56
Cuadro 9	América Latina y el Caribe: razón de sexos por decenios, 1950-2050	57
Cuadro 10	América Latina y el Caribe: edad mediana por decenios, 1950-2020.....	61
Cuadro 11	América Latina y el Caribe: relación de apoyo potencial, por decenios, 1950-2020	62

Cuadro 12	América Latina y el Caribe: relación de apoyo a los padres, por decenios, 1950-2020.....	63
Cuadro 13	América Latina y el Caribe: población, relación de dependencia demográfica y esperanza de vida al nacer.....	64
Cuadro 14	América Latina y el Caribe: tasas brutas de mortalidad, por quinquenios, 1951-2021.....	66
Cuadro 15	Esperanza de vida en América Latina y el Caribe, 2019.....	70
Cuadro 16	América Latina y el Caribe (32 países): Carga de enfermedad atribuible al medio ambiente, 2012.....	71
Cuadro 17	América Latina y el Caribe: indicadores de salud, 2022.....	73
Cuadro 18	América Latina y el Caribe: factores de riesgo, indicadores recientes.....	75
Cuadro 19	América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la estructura de la población, 2000-2100.....	80
Cuadro 20	América Latina y el Caribe (34 países): adhesión, firma y ratificación de pactos, convenciones y convenios relacionados con los derechos económicos, sociales y culturales (a diciembre 2021).....	85
Cuadro 21	América Latina y el Caribe (33 países): mención y cobertura de temas sociales y protección de grupos específicos en las normativas constitucionales.....	90
Cuadro 22	América Latina (10 países): métodos de valorización económica del trabajo no remunerado de los hogares utilizados.....	91
Cuadro 23	América Latina y el Caribe (10 países): gasto social público en discapacidad relacionada con cuidado de largo plazo, 2018.....	97
Cuadro 24	América Latina y el Caribe (10 países): gasto social privado en discapacidad relacionada con cuidado de largo plazo, 2018.....	97
Cuadro 25	Países que reportan acciones y legislación en materia de cuidados de largo plazo, 2018-2022.....	100
Cuadro 26	América Latina y el Caribe (10 países): programas y estrategias de formación a personas cuidadoras, 2018-2022.....	101
Cuadro 27	América Latina y el Caribe (9 países): avances en la creación de sistemas públicos de cuidados en la región, 2018-2022.....	103
Cuadro 28	Avances en la creación de sistemas públicos de cuidados en la región, 2018-2022.....	104
Cuadro A1	Regulación en materia de cuidados de largo plazo (leyes).....	114

Gráficos

Gráfico 1	República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040.....	34
Gráfico 2	República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040.....	34
Gráfico 3	República de Corea: personas que requieren cuidado por tipo de cuidado (población de 15 años y más), 2020.....	35
Gráfico 4	República de Corea: tendencias financieras del seguro de cuidado de largo plazo para personas mayores, 2008-2017.....	40
Gráfico 5	República de Corea: beneficiarios por edad y costo del seguro per cápita, 2017.....	41
Gráfico 6	América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total y de 60 y más años, por decenios, 1950-2100.....	46
Gráfico 7	América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total, de 60 y más años y 80 y más años, por decenios, 1950-2100.....	46
Gráfico 8	América Latina y el Caribe: estructura de la población.....	47
Gráfico 9	América Latina y el Caribe: Tasa Bruta de Natalidad (TBN), Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) y Tasa de Crecimiento Natural (TCN), 1950-2100.....	49
Gráfico 10	América Latina y el Caribe: situación de los países según su etapa de transición demográfica, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021.....	52
Gráfico 11	América Latina y el Caribe: distribución porcentual de la población por grupos de edad, 1950,1990 y 2020.....	54

Gráfico 12	América Latina y el Caribe: índice de envejecimiento por decenios, 1950-2020 - Número de personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años	59
Gráfico 13	América Latina y el Caribe: edad mediana por índice de envejecimiento por decenios, 1950-2020	60
Gráfico 14	América Latina y el Caribe: tasas brutas de mortalidad, quinquenios 1996-2001, 2006-2011 y 2016-2021	68
Gráfico 15	América Latina y el Caribe: esperanza de vida al nacer, ambos sexos, por quinquenios, 1951-2021	69
Gráfico 16	América Latina y el Caribe: prevalencia de la discapacidad por sexo y grupo de edad	77
Gráfico 17	América Latina y el Caribe: proporción de la población con discapacidades severas que percibe prestaciones por discapacidad	78
Gráfico 18	Prevalencia e intensidad de la dependencia funcional	79
Gráfico 19	América Latina y el Caribe (18 países): tiempo dedicado a quehaceres domésticos y de cuidados no remunerados, según sexo, último periodo disponible	81
Gráfico 20	América Latina y el Caribe (15 países): proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados, según tipo de trabajo no remunerado y sexo, último período disponible	82
Gráfico 21	América Latina (12 países): tiempo de trabajo no remunerado, según sexo e ingresos propios, último año disponible	92
Gráfico 22	América Latina (18 países): proporción de tiempo dedicado a quehaceres domésticos y cuidados no remunerados (indicador 5.4.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), según sexo	93

Recuadros

Recuadro 1	Los cuidados paliativos en el cuidado a largo plazo	14
Recuadro 2	El trabajo de cuidado y las personas cuidadoras	83

Diagramas

Diagrama 1	Características del cuidado a largo plazo	16
Diagrama 2	América Latina y el Caribe: Conferencias Regionales de la Mujer, 1977-2022	31
Diagrama 3	República de Corea: cobertura poblacional del Seguro de Cuidado de Largo Plazo, 2021	42
Diagrama 4	Vinculación con otras políticas públicas y relación bidireccional de las políticas de cuidado con otras políticas	98
Diagrama 5	Clasificación de las políticas de cuidado	99

Mapa

Mapa 1	Déficit en la cobertura de los cuidados de largo plazo hacia la cobertura universal basada en la legislación nacional, 2015	91
--------	--	----

Introducción

De acuerdo al Panorama Social de América Latina 2021 (CEPAL, 2022b), los múltiples retos económicos, políticos, sociales y sanitarios que ha enfrentado nuestra región, a lo largo de los últimos años, han puesto de manifiesto “la imperiosa necesidad de orientar las relaciones sociales y de la sociedad (...) hacia paradigmas centrados en las nociones de interdependencia, cuidados y sostenibilidad” (Ídem, p. 212). Por ello, implementar, en los países de la región, medidas que garanticen el derecho a cuidar personas mayores y a recibir cuidados es un objetivo orientador determinante para las políticas públicas de las próximas décadas, junto con la incorporación de nuevos enfoques que permitan visibilizar tanto las distintas necesidades e intensidades de este fenómeno como las tensiones que existen para lograr que las personas puedan ejercer su derecho a cuidar personas mayores y a recibir cuidados.

La llamada crisis de los cuidados, provocada por la pandemia de COVID-19, ha develado las inequidades y desigualdades que experimentan tanto las mujeres y sus familias, como las personas que trabajan en el ámbito de los cuidados y, por supuesto, quienes los requieren. En dicho contexto, incluso el territorio se interpone con diversas categorías tales como el género, la pertenencia étnica, la clase social, la condición migratoria, las identidades sexogenéricas y la condición de salud o enfermedad, entre otras, profundizando y perpetuando la condición de desigualdad. Asimismo, otro hecho manifiesto plantea que los cuidados a largo plazo se encuentran en crisis y requieren, también, una urgente reorganización, redistribución y revalorización social.

Es así como, en América Latina y el Caribe, existen alrededor de ocho millones de personas mayores que requieren asistencia en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en particular para comer, vestirse y/o bañarse, cifra que podría triplicarse hacia 2050, alcanzando 27 millones (Cafagna et al. 2019). En la actualidad, el 1% de la población total de la región —cantidad equivalente al 12% de las personas mayores de 60 años—, es dependiente por motivos de enfermedad o discapacidad, condición que requiere cuidados a largo plazo (Cafagna et al. 2019).

Esta forma de cuidado a lo largo del tiempo presenta una gran complejidad debido a la elevada intensidad de las necesidades, actividades e insumos requeridos, tanto para la atención como para el apoyo; así como por sus altos costos económicos, físicos y emocionales; la diversidad de entornos en los que ocurre (domicilio, centros comunitarios, centros de vida asistida, residencias para personas mayores, hospitales e instituciones de salud, entre otros) y, también, debido a la desproporcionada participación de las familias respecto a otros vértices del cuidado, como son el Estado, el mercado y la comunidad, en su organización, regulación y seguimiento.

En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015), el organismo advirtió que, aún, no existe una adecuada articulación entre los servicios de salud y los sistemas de cuidados a largo plazo. En general, el gasto en salud focaliza en los costosos servicios de atención de casos agudos para atender cuadros crónicos, desdibujando las necesidades de las personas que requieren cuidados a largo plazo. Además, existe un gran consenso para posicionar los modelos centrados en la persona como herramientas de gestión en las instituciones responsables de los cuidados a largo plazo. Todo ello se refleja en una débil, limitada e, incluso, inexistente infraestructura para ofrecer cuidados a largo plazo de calidad; además, se evidencia en el diseño de modelos de atención, algunos de los cuales han resultado inadecuados o insostenibles en ciertos países de la región (OMS, *ibidem*).

Ante esta realidad, en América Latina y el Caribe, resulta indispensable optimizar y reforzar los servicios de cuidado a largo plazo, tanto para lograr un uso eficiente de los recursos públicos disponibles y reducir las condiciones que hacen vulnerables a las personas mayores, como para incentivar la generación de trabajo productivo y fortalecer la economía (Cecchini et al. 2021), esfuerzo que, también, permitirá mejorar las condiciones de vida de las mujeres mayores de la región y, junto con ello, reconocer el trabajo no remunerado que realizan. De acuerdo con ONU Mujeres y CEPAL (2020), una alternativa, que ha mostrado amplios beneficios, es la creación de sistemas de cuidado con enfoque de género y contruidos sobre la base de los distintos servicios existentes (salud, educación, atención a las personas en situación de dependencia o servicios sociales), reconociendo plenamente, a la vez, la importancia del trabajo doméstico y de los cuidados que realizan las mujeres.

Es así como el objetivo del presente estudio es compartir experiencias regionales sobre el diseño de sistemas y políticas de cuidados de largo plazo para las personas mayores que profundizan el papel de la protección social frente a los cambios demográficos y recomendaciones estratégicas de los organismos internacionales, para avanzar en la consolidación de respuestas nacionales encaminadas al diseño e implementación de Sistemas Integrales de Cuidados a Largo Plazo en América Latina y el Caribe.

I. Cuidados de largo plazo: atender el presente para construir un mejor futuro

A. El cuidado, un asunto de derechos y justicia social

En la actualidad, el cuidado puede definirse como una:

[...] actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro 'mundo', de manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que buscamos tejer juntas en una red compleja que sostiene la vida (Tronto, 1993, p. 103).

Discusiones previas coinciden en considerar al cuidado como: i) una necesidad humana vinculada al bienestar, ii) un trabajo indispensable para reproducir la vida, iii) involucra el autocuidado, el cuidado de otros, los cuidados indirectos (como limpiar la casa, la ropa y la elaboración de alimentos) y la gestión del cuidado, iv) incluye la configuración de entornos o lugares de cuidado, v) un trabajo que puede ser proveído por los hogares, el Estado, el mercado o la comunidad, y vi) un derecho humano.

Los cuidados son construcciones culturales y sociales, pues cada sociedad define cuáles son sus propias necesidades de cuidados y las normas para su provisión, a través de distintas instituciones. A su vez, todas las formas de organización social de los cuidados "apuntan a concepciones diferentes acerca de lo que es y debe ser la persona humana, lo que es y debe ser una vida humana valiosa" (Anderson, 2020, p.75).

Las estructuras aún imperantes de desigualdad social y económica condicionan tanto el acceso a los cuidados como el deber de proveerlos entre las personas, de acuerdo con su identidad y su posición interseccional (Crenshaw, 1989; Holman y Walker, 2021). Además, los eventos históricos junto a los cambios económicos, demográficos, sociales, culturales y políticos condicionan los procesos de envejecimiento y las necesidades de cuidados entre las personas, y, en particular, sus posibilidades de acceder a tales cuidados.

La economía feminista ha mostrado que, en sociedades capitalistas, la reproducción de la vida y la provisión de bienestar han sido relegadas al ámbito del hogar, especialmente a las mismas mujeres debido a la injusta división sexual de trabajo (Carrasco et al., 2011; Pérez, 2019). La devaluación económica

y social del trabajo de cuidados —que realizan, principalmente, las mujeres sin una remuneración—, ha permitido la reproducción de la fuerza laboral y ha subsidiado la producción y la acumulación capitalista (CEPAL, 2010; Fraser, 2016). Esto ha tenido un alto costo para la vida de las mujeres, en términos de limitar su inserción al mercado laboral, obstaculizar su autonomía económica y personal, limitar su participación política y su autocuidado y abonar a la feminización de la pobreza.

A su vez, desde finales del siglo pasado, el aumento en la precarización del trabajo remunerado y los diversos cambios culturales —a favor de la autonomía económica de las mujeres—, han impulsado su inserción en el mercado laboral; mientras que, los hombres continúan sin participar de forma igualitaria en el trabajo de cuidados al interior de sus hogares. En este contexto, predomina un régimen dual de provisión de cuidados (Fraser, 2016), los cuales son adquiridos en el mercado por aquellos hogares que pueden pagarlos; en tanto, los hogares de los estratos socioeconómicos más bajos acceden a ellos, a través del trabajo no remunerado realizado por mujeres con una doble o triple jornada laboral. En consecuencia, las brechas de desigualdad social en el acceso y la provisión de los cuidados han aumentado, desde finales del siglo pasado.

En América Latina y el Caribe, dicha situación se ha visto agravada por el avance de la transición demográfica, proceso que impulsa la reducción de la fecundidad y la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y, por consiguiente, el envejecimiento poblacional en las sociedades. Se estima que, en 2030, el 17% de la población será mayor de 60 años; mientras que, en 2050, se espera que una cuarta parte de la población se encuentre en esta condición (Cafagna et al., 2019, p. 7) y casi un tercio de la población, hacia 2100, tendrá más de 65 años (Turra y Fernandes, 2021, p. 14). Si se tiene en cuenta, que las personas sobre los 60 años poseen mayores riesgos de presentar alguna dependencia funcional, se puede afirmar que el envejecimiento poblacional conlleva un aumento importante en las necesidades de cuidados (Cafagna et al., 2019). Sin embargo, la oferta de cuidados que pueden ofrecer las familias en sus hogares se está reduciendo debido a los cambios que están experimentando en su estructura, vuelcos que están ligados a la disminución de la fecundidad, la reducción de su tamaño, su verticalización¹, su envejecimiento, las migraciones, los divorcios y al aumento de los hogares unipersonales (Huenchuan, 2009; Oddone, 2020, p. 47).

El aumento en la demanda de cuidados y el hecho de que ya no es posible ni deseable que las mujeres continúen proveyéndolos de manera informal han generado una crisis en el ámbito de los cuidados que hace, cada vez, más necesaria la corresponsabilidad social en la materia y la intervención del Estado para proveer sistemas integrales de cuidados (CEPAL, 2010b; Comas-d'Argemir y Bofii-Poch, 2021).

Por otro lado, dicha crisis se vio agudizada por la pandemia de COVID-19 debido al cierre temporal de centros de cuidado regulares, tales como escuelas, hospitales (los cuales disminuyeron, de manera significativa, su disponibilidad de brindar atención adecuada y oportuna frente a la priorización de casos por infección del coronavirus) e instituciones públicas y privadas que proporcionan cuidado infantil y cuidados a largo plazo a personas con algún tipo de dependencia. Por tal motivo, la retirada parcial del Estado, el mercado y la comunidad —en la provisión de los cuidados durante la pandemia de COVID-19—, implicó una rehogarización o refamiliarización del trabajo de cuidados, el cual recayó, casi de manera exclusiva, en las mujeres del planeta (CEPAL, 2022b, p. 32; ONU Mujeres y CEPAL, 2020).

Con el objeto de hacer frente a la crisis de los cuidados, los Estados de la región han impulsado, a través de las distintas Conferencias Regionales de la Mujer, el reconocimiento del derecho humano al cuidado y el cambio de paradigma de desarrollo hacia uno centrado en el cuidado de las personas y el medio ambiente para conformar una "sociedad de los cuidados" (CEPAL, 2022a). El derecho al cuidado incluye: el derecho de toda persona a acceder a los cuidados que requiera para garantizar su bienestar, el derecho de las personas a decidir no cuidar o cuidar en condiciones dignas y el derecho al autocuidado (Pautassi, 2007). Es así como, en la región y en el marco de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, se estableció el Consenso de Quito, realizado en Ecuador, en 2007.

¹ La verticalización de los hogares se refiere a que en su interior se ha reducido el número de infantes, mientras que ha aumentado el número de personas mayores de distintas generaciones (personas abuelas, bisabuelas y tatarabuelas) (Oddone, 2020, p. 47).

Se trata del primer acuerdo regional que reconoce el cuidado como un derecho fundamental (Pautassi, 2018, p. 732), mediante el cual los países firmantes se comprometieron a: “adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable” (CEPAL, 2007). Más tarde, por medio del Consenso de Brasilia, en 2010 —resultante de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe—, se estableció que: “el derecho al cuidado es universal y requiere medidas sólidas para lograr su efectiva materialización y la corresponsabilidad por parte de toda la sociedad, el Estado y el sector privado” (Pautassi, 2018, p. 732). Siempre apuntando a que el derecho al cuidado sea una realidad, los Estados se comprometieron a implementar políticas o sistemas integrales de cuidados como parte de sus sistemas de protección social (CEPAL, 2020).

Por su parte, la sociedad del cuidado representa un nuevo paradigma de desarrollo que busca “priorizar la sustentación de la vida frente a la acumulación de capital [...] para lograr un desarrollo sostenible con igualdad y que para ello es necesario ubicar el cuidado en el centro del modelo de desarrollo” (CEPAL, 2022a, p. 17). La consolidación de una sociedad del cuidado implica que los estados impulsen la construcción de “nuevos pactos políticos, sociales, fiscales y ambientales a través de la participación de una amplia variedad de actores que permitan transitar hacia un nuevo paradigma de desarrollo” (CEPAL, 2022a, p. 167). Además, los Estados deben promover una nueva orientación de la vida económica y social, a través de políticas que originen “disponibilidad de tiempos, recursos y servicios necesarios para la sostenibilidad de la vida y para el buen vivir, sobre la base de la igualdad en la protección del derecho al cuidado” (CEPAL, 2022a, p. 30).

En suma, para enfrentar los retos que conlleva el acelerado envejecimiento poblacional, superar las brechas de desigualdad en el acceso y la provisión del cuidado y lograr la materialización del derecho humano al cuidado, los Estados de la región están llamados a conformar sistemas integrales de cuidados que permitan transitar hacia una sociedad del cuidado centrada en la sostenibilidad de la vida.

B. ¿Qué son los cuidados a largo plazo?

Las necesidades propias del cuidado a largo plazo, han estado presentes en todo el transcurso de la historia de la humanidad. En América Latina y el Caribe, la prestación de esta forma de cuidado ha ocurrido, históricamente, dentro del hogar, en particular como una responsabilidad asumida por las familias, aunque en su interior, asumida de forma desproporcionada por las mujeres, madres, hermanas, hijas, abuelas, esposas. Sin embargo, considerando que el cuidado a largo plazo presenta características diferentes al cuidado en general —debido a su intensidad, especificidad de acciones y actividades, requerimientos de acompañamiento por parte de personal especializado y recursos económicos necesarios para proveerlo con dignidad—, su acceso se encuentra limitado y ocasiona un desgaste con altos costos físicos, económicos y psicoemocionales tanto para quienes lo requieren como para quienes lo proveen.

Los organismos internacionales se han preocupado por conceptualizar el cuidado desde diferentes perspectivas, con ello han colaborado de forma continua al proceso de visibilizar actores, problemáticas, retos y tensiones que ocurren en el ámbito familiar, comunitario y social para lograr que quienes lo requieran, tengan acceso oportuno a servicios de cuidado a largo plazo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cuidado a largo plazo se ha definido como:

[...] el sistema de actividades realizadas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que una persona, que no es plenamente capaz de su autocuidado, pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (WHO, 2002, p. 6).

La definición anterior destaca tres elementos: i) la clasificación de las personas que proporcionan el cuidado de largo plazo (materia que se abordará en el siguiente apartado), ii) el cuidado de largo plazo se dirige a quienes no sean plenamente capaces de proveerse de autocuidados, y iii) su meta es que las personas puedan mantener el más alto nivel de calidad de vida posible.

Con respecto al segundo elemento de la definición, se debe señalar que todas las personas somos propensas a requerir cuidados de larga duración, en caso de sufrir un siniestro o una enfermedad crónica que nos incapacite, ya sea de manera temporal o permanente. Asimismo, vale la pena aclarar que no todas las personas con alguna discapacidad congénita o adquirida requieren de cuidados a largo plazo; así como no todas las personas mayores de edad requieren de ayuda en su vida diaria.

Entonces, ¿cómo se puede definir a las personas que no son plenamente capaces de proveerse de autocuidados? Son aquellas que “no pueden realizar actividades necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros por un periodo prolongado de tiempo” (OMS, 2015, referido en Cafagna et al., 2019, p. 6). Existe un consenso para definir y clasificar a las actividades de la vida diaria:

Tradicionalmente, esas actividades de la vida diaria se clasifican como básicas [ABVD]—comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama, ir al baño y contener los esfínteres— e instrumentales, prepararse la comida, limpiar, lavar, tomar medicamentos, trasladarse a lugares más allá de la distancia que puede recorrerse a pie, ir de compras, gestionar los asuntos de dinero y utilizar el teléfono o Internet (CEPAL, 2017, p. 146).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (OECD, 2005) y el Banco Interamericano de Desarrollo, BID (Cafagna et al., 2019) coinciden en denominar a la incapacidad de las personas —para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria permanentemente—, como “dependencia funcional”, la que se asocia a “incapacidades físicas o mentales de carácter crónico” (OECD, 2005, p.3). Así mismo, las enfermedades crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer, han sido reconocidas como padecimientos que generan este tipo de dependencia (OEA, 2015)².

Por su parte, la OMS (2000), define a las personas que requieren cuidados a largo plazo como aquellas personas de todas las edades que poseen problemas de salud de larga duración y necesitan asistencia en las actividades de la vida diaria. Esto incluye a personas con las siguientes características: personas con enfermedades crónicas (contagiosas o no contagiosas), con alguna discapacidad, con VIH/SIDA, inhabilitadas por algún daño accidental, con sensorialidad limitada, con enfermedades mentales (incluida la depresión y la demencia), víctimas de desastres socioambientales o de otro tipo y algunas personas dependientes de ciertas sustancias (OMS, 2000, p. 10).

Cada país define el tipo y número de limitaciones en la realización de las actividades de la vida diaria, a partir de las cuales se considera que una persona sea dependiente (CEPAL, 2017). Igualmente, la intensidad de la dependencia de una persona se determina según el número de ABVD en las cuales requiere ayuda.

En 2015, la dependencia funcional afectaba “al 12% de las personas de 60 años o más de nuestra región, y a casi el 27% de los que tienen 80 años o más” (Aranco et al., 2018, p. 27)³. Los mismos autores estiman que, en 2050, las personas mayores con dependencia funcional superarán el 3% del total de la población de América Latina y el Caribe (ALC), y representarán entre el 11 y el 17 por ciento de las personas mayores de 60 años.

² En contraste con esta definición de cuidado a largo plazo, limitada al cuidado social, la definición de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), además de contemplar el cuidado social, incluye el cuidado sanitario, tal como lo especifica en su artículo segundo y lo restringe a los servicios que se prestan en establecimientos regulados —públicos, privados o mixtos—, por lo cual, excluye a los cuidados que se prestan en el hogar (OEA, 2015).

³ Esta proporción fue calculada (Aranco et al., 2018, p. 22) en base a datos extraídos de las siguientes fuentes: Encuesta Longitudinal de Protección Social en: Chile (2015), Paraguay (2015), El Salvador (2014), Uruguay (2013); Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable, Costa Rica (2009); Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (2015). Cabe señalar que, se considera que una persona posee dependencia funcional si se encuentra incapacitada para realizar al menos una ABVD.

La posición estructural y la identidad social de las personas tienden a condicionar su acceso a recursos, poder y oportunidades en el transcurso de su vida (Holman y Walker, 2021, p. 244). En consecuencia, las personas viviendo en condiciones de vulnerabilidad —ya sea por género, condición económica, racialización⁴, orientación sexual o condición migratoria—, corren el riesgo de experimentar un envejecimiento menos saludable y, por consiguiente, aumentan la probabilidad de que presenten dependencia funcional en su vejez, sin contar con los recursos suficientes para proveerse de cuidados a largo plazo.

Debido a que la esperanza de vida de las mujeres —tanto en América Latina, como en el resto del mundo—, es mayor que la de los hombres y a que, a lo largo de su vida, están más expuestas a enfermedades crónicas, durante su vejez, las mujeres poseen mayores probabilidades que los hombres de requerir cuidados a largo plazo (Aranco et al., 2018, p. 24). En igual forma, las mujeres poseen mayores obstáculos que los hombres para acceder a tales cuidados, dado que un segmento importante de ellas dedicó gran parte de su vida, de manera casi exclusiva, a proporcionar cuidados a sus familiares sin recibir prestaciones ni remuneración alguna o porque poseían ingresos y pensiones inferiores a las de los hombres.

Al mismo tiempo, se ha reconocido que las personas de edad avanzada en situación de pobreza o pobreza extrema enfrentan más probabilidades de necesitar cuidados a larga duración, a raíz de las limitaciones económicas que han experimentado a lo largo de su vida y que han propiciado un envejecimiento menos saludable, situación que les acarrea mayores riesgos de padecer siniestros o enfermedades crónicas que les pueden incapacitar e impedir la normal realización de actividades diarias durante su vejez. Además, este grupo particular de personas mayores tendrá menores oportunidades de acceder a cuidados, por la reducción del tamaño de sus familias y la imposibilidad de las mujeres para seguir proveyendo cuidados, debido a su inserción en el mercado laboral y al alto costo que tiene adquirirlos en el mercado (Aranco et al., 2018, p. 33).

En consecuencia, la elaboración de políticas de cuidado a largo plazo debe tener en cuenta que aquellos grupos sociales que poseen menor poder y recursos económicos, o que enfrentan discriminaciones múltiples, tienden a presentar mayores necesidades de cuidados a largo plazo y enfrentan mayores obstáculos para su acceso. En el caso de las personas mayores, se requiere que las políticas de cuidado ofrezcan una amplia gama de servicios, con el fin de responder, de manera adecuada, a las necesidades específicas de cada situación particular y, a su vez, garantizar su derecho al cuidado en condiciones de igualdad y no discriminación (CEPAL, 2009; OEA, 2015).

Con respecto al tercer elemento de la definición de la OMS, la meta de los cuidados a largo plazo es garantizar “el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (WHO, 2002, p. 6). Al respecto, se ha enfatizado la idea que el cuidado de largo plazo debe fortalecer la autonomía potencial de las personas en el desarrollo de sus actividades diarias “por medio de ayudas que intensifiquen aquellas capacidades que se mantienen o que se pueden recuperar” (CEPAL, 2017, p.147).

En definitiva, los cuidados a largo plazo constituyen hoy, en América Latina y el Caribe, un derecho inalienable de las personas mayores de acuerdo al artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). El ejercicio de este derecho cobra gran relevancia, ya que promueve el respeto a la integridad física y mental de las personas mayores y permite coadyuvar a la garantía de otros de sus derechos, tales como su derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, a la independencia y autonomía, a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a la accesibilidad y a la movilidad personal, a la recreación, al esparcimiento y al deporte y a la participación e integración comunitaria.

⁴ Traducción del inglés “racialization”. En sociología, la racialización o etnicización es un proceso político de adscripción de identidades étnicas o raciales a una relación, práctica social o grupo que no se identificó como tal con fines de dominación y exclusión social. En nuestra región, la racialización implicó que las poblaciones afrodescendientes o indígenas tuvieran una posición de sujeto desvalorizada, marginalizada o negada (Tomasini et al., 2017, p. 10).

Recuadro 1

Los cuidados paliativos en el cuidado a largo plazo

Dentro de los cuidados a largo plazo hay que tomar en cuenta la necesidad de cuidados paliativos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, cuidados paliativos en América Latina-ECHO); los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan enfermedades graves, mediante la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana y la evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales. (OPS, 2023).

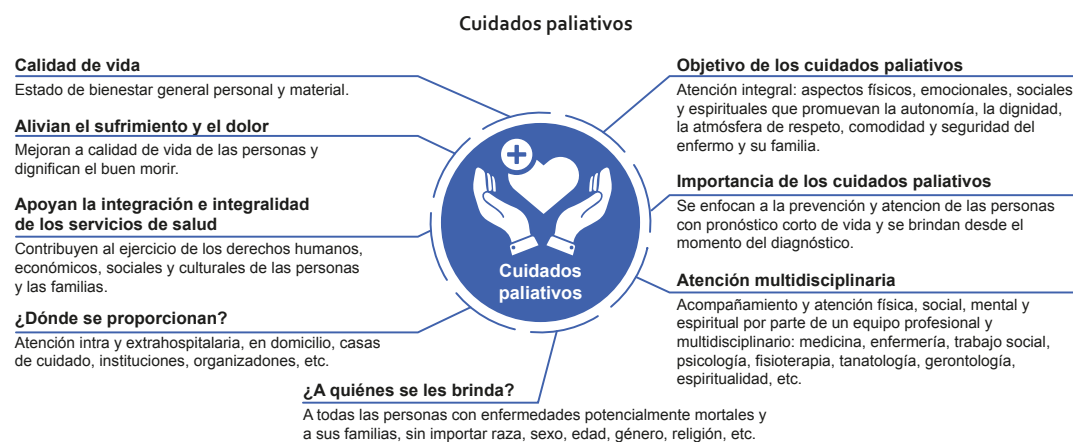
Los cuidados paliativos representan una alternativa para mejorar la calidad de vida de las y los pacientes que han recibido un diagnóstico potencialmente mortal, así como una oportunidad de apoyar a sus familias, que junto a ellos enfrentan escenarios difíciles en torno a problemáticas donde convergen lo físico, social, económico, emocional y lo espiritual; en este sentido, los cuidados paliativos buscan cumplir con el propósito universal de mejorar la calidad de vida hacia el final de ésta y suponen una alternativa eficaz en la atención de las necesidades del enfermo y sus cercanos al brindar apoyos para una vida digna con independencia del diagnóstico y el pronóstico recibido.

Tener un acercamiento con la muerte implica diferentes reacciones en la persona, la familia y las personas cuidadoras principales; condiciones difíciles y complejas en sí mismas que adquieren especial relevancia entre las y los actores involucrados, tanto en el paciente –quien es el principal afectado–, como las familias, sin olvidar que las personas cuidadoras y las y los profesionales de la salud enfrentan retos impuestos por las condiciones que prevalecen en los distintos sistemas de salud.

En América Latina y el Caribe, lamentablemente aún no existe la conciencia social y colectiva en torno a temas relacionados con los cuidados paliativos y con la muerte; por ello, es fundamental ofrecer a las y los profesionales en formación y en ejercicio, una amplia visión multidisciplinaria que coadyuve a brindar los apoyos y las orientaciones necesarias en todos los escenarios previsible posibles y hasta en los contextos emergentes para lograr con ello una atención oportuna, integral e integrada.

En la región existe la falsa creencia de que los cuidados paliativos se ofrecen solo a las personas que se encuentran en su lecho de muerte, por lo que se les suele confundir con los cuidados al final de la vida, esta idea errónea impide que las personas se acerquen a los distintos servicios que en materia de cuidados paliativos se ofrecen en las instituciones públicas y privadas de salud, y en ciertas organizaciones sociales que brindan servicios y apoyos paliativos a las personas y a sus familias a través de los personas y especialistas que integran los equipos multidisciplinarios de atención.

La perspectiva de género y el conocimiento de la diversidad sexo-genérica son temas que también se abordan desde un punto de vista profesional y enfocado a los cuidados paliativos, puesto que estos también juegan un papel fundamental en el acceso y la facilitación de los mismos, pues permiten analizar y reflexionar sobre las diferencias y disparidades encontradas en problemas que experimentan los distintos grupos de población, esto abre sin duda la oportunidad para que las y los profesionales que integran los equipos multidisciplinarios desarrollen nuevas habilidades para el manejo de la persona enferma y sus familias de acuerdo al contexto económico, político, social y cultural en donde se lleva a cabo la atención profesional y la intervención social.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2023), Cuidados paliativos en América Latina — ECHO, <https://www.paho.org/es/cuidados-paliativos-america-latina-echo>.

1. Las personas trabajadoras del cuidado a largo plazo

A partir de la definición del cuidado a largo plazo, mencionada previamente, la Organización Mundial de la Salud ha puesto sobre la mesa la necesidad de mirar el cuidado a largo plazo, desde las personas que lo proporcionan y de sus motivaciones (OMS, 2002). En esta línea, el concepto de “circuitos de cuidado” permite entender que existen diferentes tipos de relaciones sociales de cuidados, cada uno con significados, transacciones y modos de retribución propios (Araujo y Pereira, 2020). Al respecto, se pueden distinguir tres tipos de circuitos de cuidados: de profesión, de obligación y de ayuda, cada uno de los cuales se activa según la manera en que se distribuye y asigna el cuidado entre las familias, las comunidades, el mercado y los Estados.

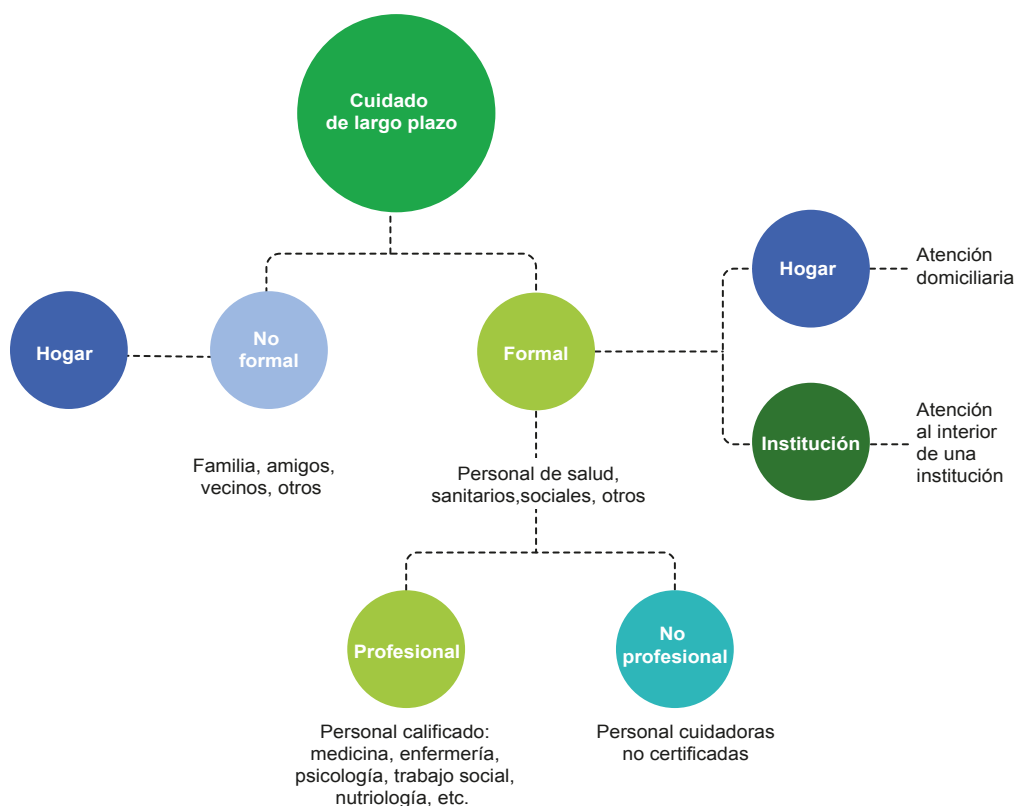
El primer circuito, denominado ‘de profesión’, se refiere a todas aquellas personas que —de forma remunerada—, se dedican a la prestación de servicios de cuidado de largo plazo. El circuito incluye una gran variedad de áreas que van desde profesionales de la salud, hasta profesionales sociosanitarios y personas cuidadoras. Este circuito presenta grandes complejidades, particularmente porque, si bien, incluye a profesiones y profesionales —cuya labor ha evolucionado y se ha especializado a lo largo de la historia, como es el caso de la medicina y la enfermería—, también incorpora nuevos actores —como son las y los profesionales de la gerontología, las y los gericultistas, la gerontología a nivel técnico y, actualmente, profesionales del cuidado—, a través de diferentes figuras como cuidadores domiciliarios, institucionales o acompañantes, entre otros, cuya formación es variable y, según diferentes estudios, insuficiente (Naciones Unidas, 2002).

El segundo circuito, nombrado como ‘de obligación’, se refiere a las personas que, debido a sus lazos de parentesco (como parte de la familia nuclear o extendida de quien requiere cuidados), proporcionan servicios de cuidado —generalmente, al interior de los hogares—, asumiendo su labor ya sea como una responsabilidad moral, una cuestión de afecto o una obligación. En este circuito, la participación de las mujeres es muy elevada y trae consigo problemáticas asociadas a los recursos económicos para el cuidado. En general, este trabajo se realiza sin percibir ningún tipo de remuneración. Asimismo, según la intensidad de las actividades de asistencia directa e indirecta, en el cuidado a largo plazo, muchas veces se hace casi imposible que la persona cuidadora pueda participar en otras actividades económicas o, simplemente, genera situaciones de enorme desgaste, debido a que el trabajo de cuidado se suele combinar con otros empleos o con el cuidado de otras personas dependientes.

El tercer circuito, denominado ‘de ayuda’, incluye la participación de otros actores (amigos y vecinos) quienes, sin percibir ningún tipo de remuneración, apoyan a las familias en el cuidado de las personas que requieren atención a largo plazo. Este circuito se activa en función de la intensidad de la relación entre las personas que cuidan y aquellas que requieren cuidados con sus redes de apoyo social; por tanto, dependen de factores como la organización comunitaria y la calidad de la participación que se produce en las localidades.

El funcionamiento de los circuitos del cuidado depende de factores territoriales y económicos. Así, la activación de los circuitos es diferente, según se trate de áreas rurales o urbanas, debido a la mayor o menor posibilidad de encontrar servicios profesionales de cuidado y, por supuesto, debido al mercado de trabajo y a las distancias existentes en dichos territorios, pues el acceso al circuito profesional de cuidado involucra, en muchos casos, el acceso a seguridad social, algo que, en muchos países de la región, está relacionado, de manera directa, con el trabajo formal.

Diagrama 1
Características del cuidado a largo plazo



Fuente: Elaboración propia con base en Araujo y Pereira, 2020.

C. Lugares donde ocurre el cuidado a largo plazo

Además, de reconocer quiénes son las personas que prestan servicios de cuidados a largo plazo y en qué condiciones lo hacen, es importante considerar los lugares donde se producen tales cuidados, pues —según su configuración física y simbólica—, estos pueden facilitar u obstaculizar la labor del cuidado físico y psicoemocional.

Existen dos tipos de espacios fundamentales donde se prestan los servicios de cuidado a largo plazo: i) el hogar, a través de la atención domiciliaria, y ii) las instituciones de cuidado, las que incluyen: a) las residencias, b) las instituciones hospitalarias, c) los centros de día, y d) las cooperativas o viviendas asistidas.

1. Los hogares

Los hogares han sido, históricamente, el principal espacio de provisión de cuidados a largo plazo, aportado por las propias familias y, especialmente, por sus mujeres (WHO, 2000). Dicha situación, ha permitido a las personas mayores mantenerse viviendo en un entorno conocido y afectivo, donde logran establecer lazos de solidaridad intergeneracional. Con todo, ha conllevado, también, altos costos para las personas cuidadoras, las que, como ya se ha dicho, son principalmente mujeres sin remuneración o bien son remuneradas de manera informal. Entre dichos costos, se encuentran: una carga excesiva de trabajo de cuidados dejada, en forma primordial, a las mujeres; el desgaste físico y mental de las cuidadoras; limitaciones a sus posibilidades de insertarse en el mercado laboral; reducción de los ingresos en sus

hogares; disminución de su tiempo para la participación política, lo que, en consecuencia, contribuye a mantenerlas en un ciclo permanente de reproducción de la pobreza y de exclusión del ejercicio de sus derechos. Por otra parte, la familiarización del cuidado ha incentivado, también, el crecimiento de un mercado informal de cuidado —precarizado, con bajos salarios y, regularmente, sin prestaciones—, al cual se insertan, en su mayoría, mujeres racializadas y migrantes. En este contexto, los cuidados, que se ofrecen en el hogar, no siempre se adecuan a las necesidades de las personas dependientes y pueden, incluso, dar lugar a situaciones de negligencia o maltrato, debido a la falta de capacitación y al desgaste propio de este tipo de trabajo en las personas cuidadoras (CEPAL, 2017, p. 158).

De acuerdo con datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2017), el 47% de las personas mayores viven, predominantemente, en hogares multigeneracionales; sin embargo, el porcentaje de personas mayores viviendo con este tipo de arreglo residencial varía, con creces, según los países. En el Uruguay, por ejemplo, representan el 26% y, en la Argentina, el 30%; mientras que, en Nicaragua esta cifra corresponde al 63% y en la República Bolivariana de Venezuela, al 62% (Aranco et al., 2018, p. 29). Tales arreglos residenciales han sido vinculados a la dependencia funcional y a la falta de recursos de las personas mayores o a las dificultades de sus descendientes para independizarse (Huenchuan, 2009, p. 14).

A su vez, una proporción cada vez mayor de personas mayores vive en hogares unipersonales, fenómeno que suele ser más frecuente en las áreas rurales, debido a la migración de las generaciones más jóvenes hacia las ciudades (Huenchuan, 2009, pp. 14—15). De acuerdo con datos de la División de Población de Naciones Unidas, en 2006 en la región, solo el 9% del total de los hogares con personas mayores eran unipersonales (Naciones Unidas, 2006, citado en Huenchuan, 2009, p.15); mientras que, en 2017, el BID calcula que, en promedio, un 20% de los hogares de personas mayores son unipersonales (Aranco et al., 2018, p. 29). A diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados, donde las personas mayores que viven en hogares unipersonales tienen una mayor posibilidad de acceder a cuidados públicos o financiados por sus propios medios, en América Latina, el aumento de este tipo de hogar podría significar un grave riesgo de abandono familiar y gubernamental de personas mayores viviendo en situación de dependencia. En este sentido, tanto la estructura de los hogares donde habitan las personas mayores como el área donde se ubican pueden asociarse a requerimientos de cuidados específicos que deben ser contemplados por las políticas públicas.

Diversos expertos han reconocido que los cuidados a largo plazo, que se prestan en los hogares, “no están suficientemente contemplados en instrumentos de derechos humanos” (Naciones Unidas, 2015, como se citó en CEPAL, 2017) y, además, las políticas y programas que abordan esta forma de provisión de cuidados a largo plazo son escasas (CEPAL, 2017).

De acuerdo con algunos estudios consultados para el presente informe, un segmento amplio de personas mayores con dependencia funcional prefiere permanecer en sus hogares y ser atendidos por familiares o amigos (Barry y Conlon, 2010; Garavan, McGee y Winder, 2001, citados en CEPAL, 2017). A su vez, el artículo 24 de la Convención interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) dispone que los Estados deberían “facilitar que la persona mayor tenga acceso a servicios socio-sanitarios integrados y servicios de cuidados domiciliarios que le permitan residir en su propio domicilio conforme a su voluntad” (OEA, 2015).

Esta realidad permite argumentar que el establecimiento de políticas y normativas —para reducir los altos costos de cuidar a una persona mayor en el hogar—, debe ser una prioridad de los Estados basada en el reconocimiento de que el cuidado a largo plazo es un trabajo altamente demandante que requiere ser valorado y dignificado, con una mayor profesionalización y una remuneración adecuada con prestaciones sociales y medidas de cuidado y protección de la salud física y mental de quienes se desempeñan como personas cuidadoras. Del mismo modo, es importante implementar programas de atención profesional domiciliaria (enfermeras, médicos y personas cuidadoras, entre otras) y programas de atención y prevención de la violencia en el hogar contra las personas mayores.

Otro tema importante, con respecto a los hogares, son las condiciones de las viviendas (servicios, materiales, instalaciones e infraestructura, entre otros), ya que estas pueden obstaculizar o facilitar la provisión de cuidados a largo plazo. Al respecto, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) ha señalado la importancia de diseñar viviendas que permitan la “coexistencia intergeneracional” acorde a la cultura y voluntad de las personas mayores (p.21), que se “reduzcan los obstáculos y se potencien los estímulos para llevar una vida independiente” (p.41) y que sean accesibles. Así mismo, es importante asegurar que las viviendas cuenten con todos los servicios básicos y que las personas mayores tengan la posibilidad de adquirir viviendas sociales (Naciones Unidas, 2002).

2. Las instituciones de cuidados a largo plazo

a) Las residencias

Las residencias de larga estadía o de largo plazo se han definido como instituciones que proveen cuidados a largo plazo en un mismo lugar para tres o más personas no emparentadas con la persona cuidadora (WHO, 2000, p. 10). Así mismo, se consideran como instituciones que prestan alojamiento, “servicios de apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y, usualmente, servicios de salud más complejos. Por esta razón, las residencias a largo plazo se orientan hacia personas con un nivel severo de dependencia” (Cafagna et al., 2019, p. 18).

De acuerdo con su financiamiento y administración, las residencias pueden clasificarse en tres tipos: en primer lugar, las públicas o aquellas administradas por los estados centrales, las provincias o los municipios (López-Ortega et al., 2019, p. 36; Molina et al., 2020, p. 30; Oliveri, 2020, p. 55), principalmente con financiamiento público; en segundo lugar, las privadas, con fines de lucro o administradas por organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro; y, finalmente, las residencias mixtas o aquellas que, usualmente, son administradas por privados con o sin fines de lucro y reciben financiamiento público.

Tal como se ha mencionado anteriormente, el incremento en la inserción de mujeres al mercado laboral y la transición de los hogares —hacia modelos más pequeños, verticalizados o unipersonales—, hacen cada vez más factible la provisión de cuidados a largo plazo en estos hogares. Igualmente, las características propias de tales cuidados, especialmente en casos de dependencia moderada y severa —que pueden implicar largas jornadas diurnas y nocturnas, asistencia en múltiples ABVD y cuidados médicos especiales—, aumentan la demanda por personas cuidadoras profesionales. En esta línea, las residencias de larga estadía pueden ofrecer la posibilidad de brindar cuidados sociales y sanitarios profesionalizados de manera más eficiente, ya que una persona puede cuidar a más de una persona con dependencia.

Sin embargo, algunas investigaciones han señalado que las personas mayores no suelen ir a las residencias de manera voluntaria y que las familias las consideran como última opción, cuando ya se ven imposibilitadas para hacerse cargo de sus propios cuidados en el hogar o por la necesidad de migrar (Comas-d’Argemir y Bofii-Poch, 2021, p. 251). Así mismo, las residencias solo son una opción cuando las personas mayores presentan dependencia moderada o severa y la familia se encuentra ausente.

En las personas mayores, la baja preferencia por esta opción de cuidados se ha asociado al modelo de atención con el que, habitualmente, operan estas instituciones. En general, el modelo se basa en la separación de las personas dependientes del resto de la sociedad y en la imposición de agendas más acordes a las necesidades de eficiencia institucional que a las de las personas dependientes. En el caso de las residencias públicas, se agrega la precariedad de sus condiciones; mientras que, en las residencias privadas, los costos suelen ser elevados y poco accesibles. Sin embargo, han estado emergiendo nuevos modelos de atención —centrados en las necesidades de las personas residentes—, los cuales suelen requerir mayores recursos materiales, así como la profesionalización de las personas cuidadoras (Comas-d’Argemir y Bofii-Poch, 2021, p. 253). En América Latina y el Caribe (ALC), existe una baja oferta de residencias, tanto públicas como privadas. En la región, según la información censal oficial sobre población, solo el “0,54% de los adultos mayores de 60 años vive en residencias de largo plazo” (Cafagna et al., 2019, p. 46).

Así mismo, la calidad de los servicios que estas residencias ofrecen es heterogénea, pues “en muchos casos, las residencias operan sin habilitación o certificación sobre los estándares de calidad de los servicios” (Cafagna et al., 2019, p. 46). La falta de regulación de dichas instituciones y sus condiciones precarias de operación generó que, durante la pandemia de COVID-19, se registraran altas tasas de contagio y muerte entre las personas mayores atendidas por las diferentes residencias en todos los países del mundo (Oliveri, 2020, p. 55). Tal situación ha impulsado intensos procesos de fiscalización y regulación de los centros de larga estadía, en varios países de la región (Oliveri, 2020, p. 55).

Debido al elevado costo de la atención en dichas residencias, ellas están, especialmente, recomendadas para casos de dependencia severa. En cambio, si las personas mayores prefieren permanecer en sus hogares, el BID ha señalado que “desde años recientes existe una marcada tendencia a dar mayor peso a los servicios de apoyo en el domicilio, en detrimento de los cuidados en residencias a largo plazo” (Cafagna et al., 2019, p. 47). En consecuencia, el BID recomienda que las estrategias de implementación de políticas integrales de largo plazo no comiencen por incrementar el número de residencias, sino por monitorear y fortalecer las ya existentes y dar prioridad a los servicios y recursos que se puedan proporcionar, para garantizar cuidados de larga duración de calidad en los hogares (Cafagna et al., 2019).

b) Las instituciones hospitalarias

El que los hospitales se destinen “exclusivamente a individuos (dependientes o no) que requieran asistencia médica aguda” (Huenchuan, 2009, p. 9) y no a la provisión de cuidados a largo plazo, es una idea que se extiende cada vez más. Esto se debe a que los hospitales están, históricamente, dedicados a proporcionar cuidados sanitarios especializados que son diferentes de los cuidados sociales para realizar actividades de la vida diaria. Además, “la permanencia en hospitales implica riesgos de salud para la persona adulta mayor y también costos muy elevados para el sistema de salud” (Medellín et al., 2019, p. 28). En consecuencia, se ha señalado que se debe evitar que las personas mayores permanezcan en hospitales por falta de opciones de cuidados a largo plazo (OIT, 2021, p. 232).

Sin embargo, en algunos países de la región subsisten ciertos hospitales geriátricos cuyos servicios de cuidados de larga duración, tienen un énfasis especial en cuidados acordes a las necesidades sanitarias de las personas mayores, aunque no son espacios que puedan albergar a personas con patologías graves o severas que requieran atención hospitalaria (para el caso de Uruguay ver, Aranco y Sorio, 2019, p. 44).

Así mismo, los hospitales psiquiátricos han sido lugares donde residen personas mayores con alguna enfermedad psiquiátrica severa o moderada que requieren cuidados prolongados y que, en algunos casos, no pueden ser cuidadas por sus familias.

Por otra parte, los servicios de cuidados a largo plazo requieren coordinar sus esfuerzos con los servicios sanitarios, con el fin de garantizar un cuidado integral para las personas mayores que viven con alguna dependencia. Por consiguiente, en algunos países estos servicios forman parte de los sistemas sanitarios o se discute la viabilidad de incluirlos como parte de tales sistemas (CONEVAL, 2018, p. 30).

c) Los centros de día

“Los centros de día, usualmente, se enfocan en actividades preventivas y recreativas y no en brindar apoyo para realizar actividades de la vida diaria; por lo tanto, en muchos casos, se utilizan como complemento a los servicios en el domicilio. Su población objetivo son personas con dependencia leve o sin dependencia” y no incluyen servicios de alojamiento (Medellín et al., 2019, p. 34).

En otros casos, los centros de día brindan “cuidados integrales” con la finalidad de fortalecer la autonomía y retrasar la necesidad de cuidados institucionales, por lo que se destinan a personas con dependencia moderada o leve (Aranco y Sorio, 2019, p. 34).

d) Las viviendas asistidas

Como una opción al modelo de residencias de larga estancia, en el último tiempo han emergido las viviendas asistidas o viviendas tuteladas (Molina et al., 2020, p. 31). Se trata de “viviendas individuales, pero que comparten espacios comunes, así como servicios de asistencia y actividades comunitarias” (Cafagna et al., 2019, p. 47). Este tipo de viviendas constituye una opción para personas mayores con dependencia leve o con plena autonomía, pero que carecen de una red de apoyo o, simplemente, desean compartir su cotidianidad con otras personas y, a su vez, recibir apoyo en algunas actividades de la vida diaria⁵.

Finalmente, es importante señalar que algunos estudios han mostrado, previamente, que la configuración del espacio en ciudades y zonas rurales, así como la disponibilidad y calidad del transporte, también pueden facilitar o dificultar los cuidados de personas viviendo con distintos tipos y grados de dependencia (Rico y Segovia, 2017). Por ejemplo, la distancia —entre las viviendas y los hospitales, centros de día o las residencias—, puede condicionar la posibilidad de acceso de las personas dependientes a tales servicios, tanto para quienes requieren cuidados como para sus propias familias. Por otra parte, la existencia de espacios públicos —que permitan encuentros comunitarios o el disfrute de bienes culturales, de manera segura y accesible para las personas con algún tipo de dependencia—, puede contribuir a satisfacer tanto sus necesidades de socialización como sus cuidados psicoemocionales⁶. En suma, el diseño de espacios públicos y privados —seguros, accesibles y acordes a la cultura de las personas, tomando en cuenta sus distintos tipos de dependencia funcional—, debe formar parte de políticas públicas que garanticen el derecho a la accesibilidad, a la movilidad personal y a los cuidados a largo plazo.

D. Sistemas de cuidados y cuidado a largo plazo

Las políticas integrales de cuidados se han reconocido, junto con la educación, la salud y la seguridad social, como uno de los pilares fundamentales del bienestar social (Bango y Cossani, 2021) o del sistema de protección social (Comas D’Argemir, 2015). Dichas políticas poseen un doble propósito: por un lado, garantizar el derecho al cuidado para las personas dependientes y, por otro, redistribuir el trabajo de cuidados entre los diferentes actores responsables del cuidado, impulsando la igualdad de género. En otras palabras, se ha dicho que:

Garantizan el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia e intervienen en la organización social del cuidado, de modo que contribuyen al logro de la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres. Estas políticas inciden directamente sobre la distribución de responsabilidades en el cuidado entre Estado, mercado, familias y comunidades y, por tanto, sobre los regímenes de bienestar y el rol de la protección social en su configuración (Rico y Robles, 2017, p. 223).

El Compromiso de Santiago —establecido entre los gobiernos de la región en la XIV Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, en 2020—, define un conjunto de perspectivas y ámbitos de incidencia que deben orientar el diseño de los sistemas integrales de cuidados:

Diseñar **sistemas integrales de cuidado** desde una perspectiva de género, interseccionalidad e interculturalidad y de derechos humanos que promuevan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad, e incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad, para

⁵ En Europa, también han emergido cooperativas de vivienda donde cohabitan varias generaciones, por lo que es posible que las personas compartan distintos conocimientos y competencias que abonan a su cuidado y bienestar físico y psicoemocional (Comisión Europea, 2021, p. 24).

⁶ Al respecto, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), señala que los estados deben adoptar: “las medidas pertinentes para asegurar el acceso de la persona mayor, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales” (Art. 26, OEA, 2015).

satisfacer las distintas necesidades de cuidado de la población, como parte de los sistemas de protección social (CEPAL, 2020).

Por su parte, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) establece que un sistema integral de cuidados es un derecho de las personas mayores:

La persona mayor tiene derecho a un **sistema integral de cuidados** que provea la protección y promoción de su salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía. (OEA, 2015).

A su vez, la Convención reconoce la importancia de promover el bienestar de las personas cuidadoras. En su artículo 19, establece que los Estados deben impulsar “el acompañamiento y la capacitación de las **personas que ejerzan tareas de cuidado** de la persona mayor, incluyendo familiares, con el fin de procurar su salud y bienestar” (OEA, 2015).

Las políticas integrales de cuidados constituyen un pilar fundamental de los sistemas de protección social también debido a que:

[...] las necesidades y prácticas de cuidado encarnan riesgos sociales que pueden tornar muy vulnerable la situación de personas que lo requieren o lo proveen, al obstaculizar su ejercicio de derechos sociales y económicos y exponerlas a la inseguridad de ingresos y la pobreza (Rico y Robles, 2017, p. 226).

En consecuencia, se debe reconocer que, si las necesidades de cuidados de larga duración no se incluyen dentro de los sistemas de protección social, tanto quienes requieren los cuidados como sus cuidadores y sus familias pueden caer en la pobreza y/o esto puede conducir a que las personas en situación de dependencia sufran abandono, negligencia o violencia. Por tanto, es necesario que los Estados promuevan el aseguramiento social en esta materia.

Siguiendo la clasificación propuesta por Rico y Robles (2017), una política integrada, o un sistema integral de cuidados a largo plazo, incluye un conjunto diverso de políticas entre las cuales destacan las siguientes:

- **Políticas de tiempo para cuidar o políticas de conciliación:** incluyen políticas que buscan conciliar el tiempo de trabajo remunerado con el de cuidados en el hogar, las cuales pueden ser implementadas por los Estados o por las empresas. Tales políticas incluyen licencias médicas o permisos laborales para el cuidado de personas enfermas o mayores que presentan alguna dependencia. Además, contemplan medidas asociadas a la duración de la jornada de trabajo y la flexibilidad en los tiempos y lugares de trabajo (Rico y Robles, 2017; Rodríguez, 2012, p. 34). Por otro lado, dichas políticas tienen la desventaja de estar vinculadas al ámbito laboral formal, por lo que las personas del sector laboral informal quedan excluidas de ellas. Otra de sus desventajas indica que continúan relegando el cuidado al ámbito privado y, principalmente, a las mujeres (Pérez, 2019, p. 68).
- **Políticas de recursos económicos o transferencias monetarias:** consisten en un monto de dinero que se otorga, de manera periódica, a las personas mayores con distintos propósitos, tales como pagar servicios de cuidados proveídos por algún familiar o adquiridos en el mercado (Rico y Robles, 2017; Rodríguez, 2012). En el primer caso, buscan “compensar la pérdida de ingresos que las mujeres padecen a lo largo del ciclo de vida por asumir estas responsabilidades” (Rodríguez, 2012, p. 34). También, existen transferencias de libre disposición, las cuáles se emplean, no necesariamente, para pagar servicios de cuidado (Cafagna et al., 2019).
- **Políticas de servicios de cuidados:** que proveen, directamente, de cuidados a las personas dependientes, ya sea en residencias de personas mayores (con dependencia moderada

o severa); en centros diurnos (para personas con dependencia leve)⁷; en el propio hogar, mediante la asistencia remunerada de personas cuidadoras o a través de teleasistencia⁸. También, se incluyen aquí las políticas de respiro, cuya finalidad es brindar tiempo de descanso a las personas cuidadoras no remuneradas y, en algunos casos, también se les proporciona capacitación y atención psicológica (Cafagna et al., 2019; Rico y Robles, 2017).

- **Políticas de monitoreo, regulación y capacitación:** garantizan la calidad y regulación de los servicios de cuidados que ofrecen los distintos sectores involucrados en este tema (Rico y Robles, 2017). La formación o capacitación de las personas cuidadoras puede incluir cursos gratuitos conducentes a una certificación o cursos breves destinados a los familiares. Por otra parte, la regulación implica, necesariamente, el establecimiento de estándares de calidad y monitoreo continuo de los proveedores de servicios de cuidados públicos, privados y, en casos excepcionales, se incluye a los hogares (Cafagna et al., 2019).
- **Políticas para garantizar los derechos laborales de las personas prestadoras del servicio de cuidado a largo plazo:** se trata de políticas que proveen un salario digno y seguro social a las personas cuidadoras (formales o informales), algo que, al mismo tiempo, contribuye a mejorar la calidad del cuidado que ofrecen y, a su vez, permite avanzar en la desprecariación de un trabajo, históricamente, desvalorizado, al otorgarle reconocimiento económico y simbólico (Cafagna et al., 2019, p. 24).

De acuerdo con el BID (2019), las **formas de financiamiento de las políticas de cuidados** más comunes en el mundo son (Cafagna et al., 2019):

- i) Aseguramiento social del gasto a la dependencia, a través de contribuciones obligatorias, como los impuestos al salario. Puede estar vinculado al empleo y el gasto se comparte entre el trabajador y el empleador. Solo en caso de dependencia se otorga este beneficio.
- ii) Impuestos generales que permiten financiar a quienes no realizan contribuciones o no poseen aseguramiento social. Una de sus desventajas es que no cuenta con un fondo fijo para esta materia y, por tanto, su otorgamiento no está asegurado.
- iii) Copagos que combinan financiamiento público, a través de impuestos generales, con gasto familiar. Las personas usuarias y sus familias pagan un porcentaje establecido del gasto total, cuyo monto se establece de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas; mientras tanto, el Estado paga el resto o la totalidad, cuando las personas se encuentren en condiciones de pobreza.

El diseño, implementación y evaluación de las políticas de cuidados debe contemplar los efectos que tienen en las relaciones de género, ya que se debe avanzar en acciones que permitan favorecer relaciones más igualitarias entre mujeres y hombres en la distribución del trabajo de cuidados, tanto al interior del hogar como en los servicios de cuidados públicos y privados (Rico y Robles, 2017, p. 226).

De igual forma, estas políticas tendrán algún impacto en las condiciones socioeconómicas de la población a la que se dirigen, tanto de las personas que requieren cuidados como de las personas cuidadoras. Por ejemplo, si los empleos que se crean para prestar servicios de cuidados directos son empleos precarios —que no cuentan con seguridad social y condiciones de un trabajo decente—, se vuelve a propiciar la vulnerabilidad económica de quienes cuidan a las personas mayores. Así mismo, si el acceso a los servicios públicos de cuidados está condicionado por cuotas monetarias —que las familias con menos recursos no pueden pagar—, se limita el ejercicio del derecho al cuidado para estos grupos

⁷ “Los centros diurnos son instituciones que prestan un paquete integral de servicios durante algunas horas del día sin incluir alojamiento, por lo que son un complemento a la atención en el domicilio. Generalmente, los centros solo se enfocan en actividades preventivas o recreativas y no brindan apoyo para realizar actividades de la vida diaria. Por esta razón, su población objetivo son personas con baja dependencia o independientes” (Medellín, 2019).

⁸ Los servicios de teleasistencia “apuntan a proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias, alarmas personales, administradores de medicamentos, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas o detectores de temperatura, humo y fugas de agua” (Cafagna et al., 2019, p. 19).

poblacionales. Por tanto, se debe procurar que las políticas de cuidados acojan el principio de universalidad en su acceso y se consagren a reducir las brechas de desigualdad, tanto en el acceso, como en la provisión de cuidado (Bango y Cossani, 2021).

Con respecto a **los beneficios de la inversión en políticas integrales de cuidados**, se ha mostrado que dicha inversión genera un triple dividendo benéfico para el desarrollo económico de los países, los que se ejemplifican a continuación: i) En primer lugar, los cuidados y educación a la infancia repercuten, de manera positiva en su desarrollo y en sus posibilidades futuras para acceder a mejores empleos; ii) En segundo lugar, los incentivos a la formalización del trabajo de cuidados, a través del Estado o el mercado, además de permitir regular este sector para aumentar su calidad, genera retornos en impuestos y aportes a la seguridad social; y iii) finalmente, la inversión en sistemas de cuidados facilitaría la inserción de las mujeres en el mercado laboral, permitiéndoles aumentar los ingresos de sus hogares y romper con el ciclo de la pobreza, algo que se genera cuando no se tienen opciones para despojarse de la carga del trabajo de cuidados no remunerado (Bango y Cossani, 2021, p. 19). En el caso de los cuidados a largo plazo, también se ha reconocido que las políticas en la materia reducen el gasto en servicios sanitarios, ya que son menos las emergencias que se presentan, en tanto, los cuidados mejoran la salud de las personas mayores (Cafagna et al., 2019).

Se ha considerado, también, que las medidas gubernamentales, para impulsar la provisión de cuidados por parte del mercado, pueden ser un importante motor para el desarrollo económico. El Compromiso de Santiago (2020) establece que los Estados deberán “promover marcos normativos y políticas que dinamicen la economía en sectores clave, incluido el de la economía del cuidado” (CEPAL, 2020).

Al respecto, el BID (2019) considera que los gobiernos deben ofrecer incentivos para hacer crecer el mercado de servicios privados de cuidados a largo plazo, ya sea proveídos por trabajadores y trabajadoras a cuenta propia, por residencias privadas de larga estadía, por empresas de servicios a domicilio o por empresas que brindan teleasistencia u otro tipo de soluciones de cuidados, a través de la tecnología. Esto responde a que “pueden ser un poderoso motor de generación de empleo” (Cafagna et al., 2019, p. 48). Al respecto, la República de Corea es un ejemplo del crecimiento de este sector, ya que en menos de diez años ha logrado desarrollar un mercado de cuidados a largo plazo que emplea al 1% de la población, del cual el 95% son mujeres (Cafagna et al., 2019, p. 48).

No obstante, la propuesta del BID presenta algunas limitantes para ser aplicada en los países de ALC, debido a que, al ser una de las regiones con mayor desigualdad económica en el mundo, solo un sector reducido de la población podría acceder a pagar servicios privados de cuidados a largo plazo, mientras que la mayoría no podría acceder a ellos. En consecuencia, si los gobiernos de la región no logran garantizar los servicios de cuidados a largo plazo como un derecho humano, cuyo acceso no se vea limitado por la posición económica de las personas, medidas como la que sugiere el BID, solo harán acrecentar las brechas de desigualdad en el ámbito del acceso a los cuidados.

Por otro lado, el impulso a los servicios privados de cuidados debe ir acompañado de procesos y mecanismos de regulación y monitoreo por parte de los gobiernos, con el fin de supervigilar que la lógica del lucro económico no se imponga por sobre las necesidades de cuidados de las personas mayores. Además, se debe impulsar la profesionalización del trabajo de cuidados remunerado, promoviendo una mayor igualdad de género en su ejercicio y garantizando un salario adecuado con prestaciones sociales. Estas últimas medidas podrían contribuir a reducir la precarización, además de las desigualdades socioeconómicas y de género, las que, históricamente, han condicionado al trabajo de cuidados.

II. La construcción del derecho a los cuidados de largo plazo en la normatividad internacional y regional

A partir de las últimas décadas del siglo XX, la regulación jurídica internacional y regional —vinculada con el reconocimiento del derecho a recibir cuidados y a decidir cuidar en condiciones dignas (Batthyány, 2020, 2020a)—, ha avanzado gracias a las luchas sociales para lograr la protección de los derechos humanos de las mujeres, las infancias, las personas con discapacidad y las personas mayores. En el tema específico de los cuidados a largo plazo podemos distinguir dos tipos de instrumentos normativos: (1) aquellos en los que se ha ido avanzando en la construcción del derecho de las personas con alguna dependencia funcional a recibir cuidados, especialmente personas mayores y personas con discapacidad; y (2) otros, a través de los cuales se argumenta a favor del reconocimiento de derechos y protección a las personas que desempeñan trabajos de cuidados. A continuación, se describe el contenido de los principales instrumentos internacionales y regionales, sobre Derechos Humanos tanto vinculantes como no vinculantes desarrollados en ambos rubros.

A. El derecho de las personas mayores y personas con discapacidad a recibir cuidados

En el ámbito internacional existen tres instrumentos normativos vinculantes con aportes importantes para el reconocimiento del derecho humano a recibir cuidados de largo plazo, estos son: el Protocolo de San Salvador (1988), la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015). Cabe destacar que esta última convención es el primer instrumento a nivel internacional y regional que reconoce, de manera explícita, el derecho de las personas mayores a un sistema integral de cuidados a largo plazo.

Otros instrumentos de gran relevancia internacional para esta agenda, aunque con un carácter no vinculante, son el Plan Internacional de Acción en Envejecimiento de Madrid (2002), derivado de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, así como las resoluciones de la Asamblea General de la ONU que dan seguimiento a los acuerdos de esta asamblea mundial (2018-2021).

A nivel regional, existen dos acuerdos no vinculantes con valiosos aportes: la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012) y la Declaración de Asunción (2017). A continuación, se describen sus principales aportes.

En el Protocolo Adicional a la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador (1988), se reconocen algunos derechos que pueden asociarse al cuidado de largo plazo, aunque este concepto aún no se emplea de manera literal. Sobre "las personas de edad avanzada", se contempla en su artículo 9 que "toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa" (OEA, 1988, pp. 12-13); así mismo, los Estados se comprometen a adoptar medidas de manera progresiva para proporcionarle "instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada [...a quienes] carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionarse por sí mismas" (art.17, OEA, 1988, p. 23). Acerca de "las personas afectadas por una disminución en sus capacidades físicas o mentales" (Art. 18), se reconoce su "derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad", para lo cual, los Estados promoverán diversos programas, incluyendo algunos destinados a la formación de los familiares de dichas personas, con el fin de "convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos" (OEA, 1988, p. 25). En suma, este protocolo reconoce el derecho a la seguridad social, a la atención especializada y a algunos cuidados para el bienestar de las personas mayores y de aquellas con algún tipo de discapacidad.

Por su parte, el **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento** (MIPAA, 2002) es uno de los primeros instrumentos que menciona el tema del cuidado, no sólo en el ámbito sanitario, sino que, además, amplía este concepto para incluir "la asistencia" o la promoción de políticas que faciliten la autonomía de las personas mayores con objeto de garantizar su salud física, mental y emocional, así como también su bienestar general.

El MIPAA reconoce y legitima la importancia de las familias y, principalmente, de las mujeres en la provisión de cuidados a las personas mayores, en detrimento de su propio autocuidado. Asimismo, advierte que las personas mayores también han asumido roles en el cuidado de los menores de edad, especialmente, ante la ausencia de sus padres. En este sentido, dicho plan exhorta a los Estados a diseñar políticas para "ayudar" o "reforzar" esta nueva y necesaria organización de los cuidados:

"Cuando quienes prestan asistencia son personas de edad, deben tomar medidas para ayudarlas, y cuando son esas personas las que reciben la asistencia es necesario establecer y reforzar los recursos humanos y las infraestructuras de salud y sociales como medida ineludible para lograr unos servicios eficaces de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo. Este sistema asistencial debe estar respaldado y reforzado por políticas públicas a medida que aumenta la proporción de población necesitada de esa asistencia" (Naciones Unidas, 2002, p. 45).

Hasta ahora, tanto en el MIPAA como en la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (2006), los Estados juegan un papel secundario en la provisión de cuidados a largo plazo, ya que, únicamente, promueven, ayudan o refuerzan la provisión de tales cuidados por parte de las familias y la comunidad.

En dicha Convención, se reconoce a la familia y a la comunidad como actores claves para proveer servicios de protección y asistencia diaria a las personas con discapacidad; mientras que, los Estados deben asegurar que: "las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia" (Art. 19). Únicamente, en casos de pobreza, el Estado debería "sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados" (Art. 28) (Naciones Unidas, 2006).

Por su parte, la Asamblea General de la ONU ha emitido, entre 2018 y 2021, 4 resoluciones (Naciones Unidas, 2018, 2019, 2020, 2021) como seguimiento a la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. En dichas resoluciones, la Asamblea coincide en alentar a los Estados, no solo a promover y apoyar los cuidados para las personas mayores —que proveen tanto las familias como la comunidad—, sino también a brindar servicios de cuidados a largo plazo y, además, garantizar derechos laborales a las personas cuidadoras, en los siguientes términos:

“Alienta también a los Estados Miembros a que elaboren y apliquen estrategias de atención [cuidado] a largo plazo, así como a que investiguen sobre buenas prácticas de estrategias de asistencia [cuidado], reconociendo y apoyando el trabajo, tanto remunerado como no remunerado, de cuidados en beneficio de las personas de edad, y a que promuevan aún más la atención [cuidado] a largo plazo como una inversión social y económica positiva y una fuente de expansión del empleo” (Naciones Unidas, 2021)⁹.

Así mismo exhorta a los Estados a: i) brindar servicios de cuidados a largo plazo y promover los cuidados en el hogar, la comunidad e instituciones con miras a promover el empoderamiento, autonomía e independencia de las personas mayores; ii) promover “condiciones de trabajo en materia de cuidados, guiadas por las normas de la Organización Internacional del Trabajo para todos los trabajadores asistenciales [cuidadores], incluidos, entre otros, los migrantes, y a que adopten medidas para hacer frente a los estereotipos de género y de edad en las labores de cuidado” (Naciones Unidas, 2021); iii) capacitar, permanentemente, a las y los trabajadores de cuidados remunerados y no remunerados; y iv) apoyar a las personas mayores que cuidan de infantes cuando carecen de cuidados por parte de sus respectivos padres.

A diferencia de la normatividad previa, la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** (CIPDHPM) —aprobada en 2015, en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA)—, es el primer instrumento internacional vinculante que reconoce, de manera explícita, el derecho de las personas mayores a recibir cuidados de largo plazo. En su artículo 12, la Convención establece que:

“La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (OEA, 2015, p. 8).

Estos sistemas de cuidados deben incluir “la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor” (OEA, 2015, p. 8). Del mismo modo, los Estados deben asegurar que los servicios de cuidado a largo plazo estén sujetos a la voluntad libre y expresa de la persona mayor, cuenten con personal especializado y una normatividad que regule su funcionamiento. Se plantea que dicha regulación debe incluir: la evaluación y supervisión de quienes proveen tales servicios, el derecho de las personas mayores a acceder, de manera oportuna, a información pertinente y se proteja el derecho a la privacidad de su información personal.

En complemento a lo anterior, los Estados deben desarrollar “servicios para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados” (OEA, 2015, p. 8).

A nivel regional, las cinco Conferencias regionales intergubernamentales sobre envejecimiento y derecho de las personas mayores en América Latina y el Caribe han ofrecido espacios de diálogo y creación de consensos entre los Estados para avanzar hacia el pleno reconocimiento y garantía de los

⁹ La resolución original, escrita en inglés, pone énfasis en el concepto de “cuidado”: “Se alienta también a los Estados Miembros a que elaboren y apliquen estrategias de cuidados a largo plazo, así como a que realicen investigaciones sobre las buenas prácticas de las estrategias de cuidados, reconociendo y apoyando tanto el trabajo de cuidado remunerado como no remunerado en beneficio de las personas mayores, a que sigan promoviendo los cuidados de larga duración como inversión social y económica positiva y fuente de expansión del empleo.” (Naciones Unidas, 2021, p. 6).

derechos de las personas mayores. En 2012, durante la reunión regional intergubernamental de Costa Rica, se estableció la **Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe** (2012). A través de este instrumento no vinculante, los Estados adquirieron compromisos referentes al derecho al cuidado para dicha población, en los siguientes términos: “crear y garantizar los servicios sociales necesarios para brindar cuidado a las personas mayores en consideración de sus necesidades y características específicas, promoviendo su independencia, autonomía y dignidad” (CEPAL, 2012, p. 11). Algunas de las medidas, promovidas por esta Carta, incluyen la atención domiciliaria, como complemento a los servicios de cuidados institucionales; los servicios especiales, para los y las familiares que brindan cuidados a las personas mayores; las medidas de conciliación laboral y personal, además del trabajo intersectorial entre las instituciones de gobierno y las organizaciones civiles, para la atención integral a las personas mayores.

Cinco años después, en la conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento de Paraguay, se instauró la **Declaración de Asunción** (2017), a través de la cual se exhorta a que los Estados impulsen servicios de cuidados para las personas mayores, junto con otros servicios (tales como salud integral, protección social, alimentación, vivienda, empleo y justicia) con el fin de “combatir la discriminación múltiple, y por edad, el abandono, el maltrato y la violencia hacia las personas mayores, prestando especial atención a las que enfrentan situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad social” (CEPAL, 2017, p. 2). Igualmente, se menciona la necesidad de provisión de servicios de cuidados para personas mayores con enfermedades no transmisibles, tales como el Alzheimer y otras demencias.

Como se observa en el cuadro 1, a diciembre del 2022, no todos los Estados que conforman la región de América Latina y el Caribe han suscrito los instrumentos antes mencionados. Si bien, los 33 Estados de la región han firmado la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, solo 27 suscribieron el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y solo 11 de ellos han ratificado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Convenios o tratados internacionales sobre cuidados a largo plazo

Tratado o convenio	Año de expedición	Número de países firmantes de ALC	Países firmantes de ALC (a diciembre 2022)
Vinculante			
Protocolo de San Salvador	1988	32	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	2006	33	^a
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	2015	11	Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú, Suriname y Uruguay.

Tratado o convenio	Año de expedición	Número de países firmantes de ALC	Países firmantes de ALC (a diciembre 2022)
No vinculante			
Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	2002	27	Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe	2012	33	^a
Declaración de Asunción	2017	33	^a
Resoluciones de la Asamblea General de la ONU en seguimiento a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento	2018, 2019, 2020, 2021, 2022		

Fuente: Elaboración propia con base en OEA (1988, 2015), Naciones Unidas (2002, 2006, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022) y CEPAL (2012, 2017a).
^a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

La importancia de que los Estados de la región de ALC suscriban este marco jurídico radica en que, a través de ellos, se pueden comprometer a garantizar el derecho de las personas mayores de recibir cuidados a largo plazo, los que son indispensables para garantizar la autonomía, la independencia y el empoderamiento de quienes los requieren.

B. Derechos de las personas trabajadoras del cuidado y el derecho a la autonomía de las mujeres

Existen dos instrumentos vinculantes a nivel internacional a través de los cuales los Estados reconocen los derechos de personas trabajadoras en el cuidado tanto remuneradas como no remuneradas: el Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares de 1981 y el Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos (Nº 189) de 2011.

Otros instrumentos no vinculantes, que han contribuido en la discusión internacional de esta agenda, son: la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), la Recomendación Número 201 sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos (2011) y la Agenda 2030, que contempla los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (2015).

A nivel regional, las distintas conferencias de la mujer, realizadas desde 2007, y las conferencias regionales de población y desarrollo, inauguradas en 2013, han sido espacios determinantes para que los Estados establezcan compromisos políticos no vinculantes, encaminados a reconocer el valor social y económico del trabajo de cuidados, construir el derecho a cuidar y a decidir cuidar en condiciones dignas e impulsar la implementación de sistemas integrales de cuidados. A continuación, se describen los principales aportes de los instrumentos mencionados.

En el Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares (1981), celebrado en el marco de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se establece que "la responsabilidad familiar" (relativa a los cuidados de familiares, aunque aún no se emplea esta terminología) nunca será una causa justificada para poner fin a una relación de trabajo. En complemento, se reconoce que tanto hombres como mujeres deben gozar de las mismas oportunidades para mantenerse vinculados a las actividades

laborales, por lo cual, insta a los Estados a, en la medida de sus posibilidades, “desarrollar o promover servicios comunitarios, públicos o privados, tales como los servicios y medios de asistencia a la infancia y de asistencia familiar” (OIT, 1981).

Por su parte, en la **Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer** o Plataforma de Acción de Beijing (1995) se replantean los compromisos del convenio anterior desde una perspectiva de género y se reconoce que “el cuidado de los hijos, los enfermos y las personas de edad son una responsabilidad que recae, desproporcionadamente, sobre la mujer debido a la falta de igualdad y a la distribución desequilibrada del trabajo remunerado y no remunerado entre la mujer y el hombre” (ONU Mujeres, 1995, p. 29). En consecuencia, se establece como un objetivo estratégico: “F.6. Fomentar la armonización de las responsabilidades de las mujeres y los hombres en lo que respecta al trabajo y la familia” (ONU Mujeres, 1995, p. 140). Esto implica establecer políticas que permitan la flexibilización del horario laboral, la disponibilidad de licencias de maternidad y paternidad, la instalación de guarderías infantiles en los lugares de trabajo y la promoción de programas educativos y campañas de comunicación que fomenten la igual incorporación de hombres y mujeres en el trabajo de cuidados. Además, enfatiza la necesidad de incluir el trabajo de cuidados en las cuentas nacionales, desarrollar estadísticas y generar un nuevo paradigma para visibilizar la contribución al desarrollo de los sistemas de cuidados.

En armonía con los instrumentos anteriores, en la **Agenda 2030** se establece que, para “lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y a las niñas” (Objetivo 5) un elemento fundamental, asociado a los instrumentos anteriores, es: “reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país” (Meta 5.4) (Naciones Unidas, 2015).

En el caso particular de las personas trabajadoras del hogar que reciben una remuneración, en el **Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos** (Nº 189), emitido por la OIT en 2011, se reconoce que el trabajo doméstico remunerado contribuye a la economía en los siguientes rubros: “el aumento de las posibilidades de empleo remunerado para las y los trabajadores con responsabilidades familiares, el incremento de la capacidad de cuidado de las personas de edad avanzada, los niños y las personas con discapacidad, y un aporte sustancial a las transferencias de ingresos en cada país y entre países”. En este marco, se insta a los Estados a generar medidas para garantizar la seguridad y la salud de los y las personas trabajadoras domésticas, proveerles de seguridad social, incluidos los derechos por maternidad, en condiciones de igualdad con las disposiciones para los trabajadores en general (OIT, 2011a).

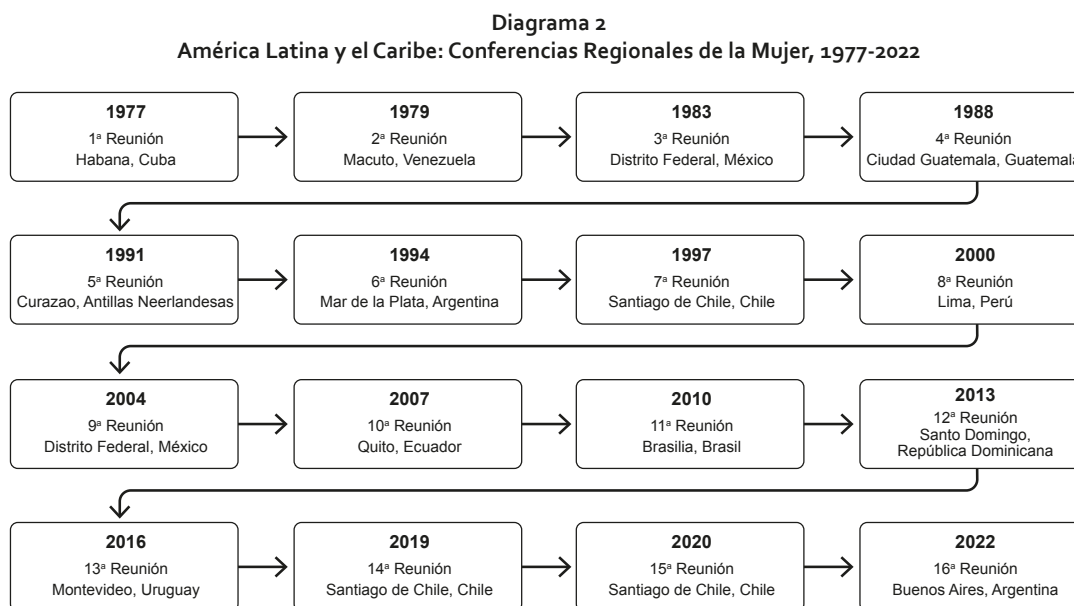
La **Recomendación 201** complementa el convenio anterior y establece que los Estados deben garantizar el derecho a conformar sindicatos y organizaciones para la defensa de sus derechos colectivos, generar los medios para facilitar el pago de las cotizaciones a la seguridad social y desarrollar medidas para prevenir y atender casos de discriminación, violencia y abuso en contra de los y las trabajadoras domésticas. Con respecto a los y las trabajadoras domésticas migrantes, se establece que los Estados deben construir “acuerdos bilaterales, regionales o multilaterales para asegurar que [...estas personas] gocen de la igualdad de trato con respecto a la seguridad social” y otros derechos (OIT, 2011b).

En América Latina y el Caribe, las distintas Conferencias Regionales de la Mujer han sido espacios cruciales para la construcción del derecho al cuidado y a decidir cuidar. En el **Consenso de Quito** (2007), derivado de la décima conferencia, los 33 Estados firmantes plantearon la importancia de reconocer “el valor social y económico del trabajo doméstico no remunerado de las mujeres, del cuidado como un asunto público que compete a los Estados, gobiernos locales, organizaciones, empresas y familias, y la necesidad de promover la responsabilidad compartida de mujeres y hombres en el ámbito familiar” (CEPAL, 2007, p. 2). Para ello, se comprometieron a: “adoptar medidas de corresponsabilidad para la vida familiar y laboral que se apliquen por igual a las mujeres y a los hombres” (CEPAL, 2007, p. 5), impulsar encuestas de uso de tiempo y la medición del trabajo de cuidados en las cuentas nacionales, igualar los derechos laborales de los y las trabajadoras domésticas a los de trabajos remunerados e implementar medidas para “que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable” (CEPAL, 2007, p. 7).

En el **Consenso de Brasilia** (2010), emanado de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, los Estados reconocen el cuidado como un derecho universal, como el cuarto pilar de los sistemas de protección social y como un asunto de seguridad social. Al respecto, se planteó que “el envejecimiento de la población sobrecarga a las mujeres con la tarea de cuidar a las personas mayores y a las personas enfermas” (CEPAL, 2010, p. 2). Por consiguiente, los Estados se comprometieron a: “fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres” (CEPAL, 2010, p. 4). En esta línea, los Estados deben: i) generar políticas para establecer o ampliar las licencias parentales, con carácter de intransferibles e irrenunciables; ii) establecer una cuenta satélite sobre trabajo de cuidados y trabajo no remunerado; iii) incluir en los sistemas previsionales nacionales a las trabajadoras autónomas, campesinas, trabajadoras domésticas, mujeres dedicadas al trabajo no remunerado de cuidados y a las familias diversas; iv) “aumentar la inversión pública en la seguridad social, de manera que aborde en forma integral las demandas específicas de cuidado y protección social que requieren las mujeres en situaciones relacionadas con la enfermedad, la discapacidad, el desempleo y los ciclos vitales, especialmente la infancia y la vejez” (CEPAL, 2010a, p. 6).

En la duodécima conferencia de la mujer, celebrada en República Dominicana, se generó el Consenso de Santo Domingo (2013), a través del cual se reafirman los aportes de las conferencias anteriores y los Estados señalan su compromiso para “lograr la consolidación de sistemas públicos de protección y seguridad social con acceso y cobertura universal, integral y eficiente” (CEPAL, 2013a, p. 7) destinado a todas las mujeres que se ocupan en áreas formales o informales de la economía, incluyendo el trabajo no remunerado de cuidados y para aquellas mujeres afectadas por algún tipo de discapacidad, enfermedad, viudez o desempleo, en cualquier momento de su ciclo vital.

En el diagrama 2, se presenta una línea de tiempo que resume las conferencias regionales de la mujer llevadas a cabo en América Latina y el Caribe, desde la primera, organizada en La Habana, en 1977, hasta la más reciente, efectuada en Buenos Aires, en 2022.



Fuente: Elaboración propia con base en: <https://www.cepal.org/es/organos-subsidiarios/conferencia-regional-la-mujer-america-latina-caribe>.

En el **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo** (2013), procedente de la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, se reitera la necesidad de “garantizar la corresponsabilidad del Estado, el sector privado, la comunidad, las familias, las mujeres y los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado” (CEPAL, 2013, p. 24). Para el logro de este objetivo, con respecto a los compromisos anteriores, en el Consenso de Montevideo se amplían las estrategias que deberán seguir los Estados: i) “desarrollar y fortalecer las políticas y servicios universales de cuidado” (CEPAL, 2013, p. 23); ii) integrar “el cuidado en los sistemas de protección social, mediante prestaciones, servicios y beneficios que maximicen la autonomía y garanticen los derechos, la dignidad, el bienestar y el disfrute del tiempo libre para las mujeres” (Idem, p. 24) y “que maximicen la autonomía, en particular de las personas mayores” (CEPAL, 2013, p. 19); iii) “ampliar los sistemas de protección y seguridad social, con perspectiva de género, incorporando a las mujeres que han dedicado sus vidas al trabajo productivo, trabajadoras domésticas, mujeres rurales y trabajadoras informales” (CEPAL, 2013, p. 19); iv) generar políticas de igualdad laboral por género “que reconozcan el valor productivo del trabajo doméstico no remunerado y de cuidado” (CEPAL, 2013, p. 23); y, v) “fomentar la construcción de nuevas masculinidades que promuevan la participación de los hombres en el trabajo de cuidados” (CEPAL, 2013, p. 24).

En el **Compromiso de Santiago** (2020), derivado de la XIV Conferencia Regional sobre la mujer de América Latina y el Caribe, se avanza en los objetivos de los instrumentos anteriores, a través del énfasis en tres puntos: primero, valorar los aportes de la economía del cuidado; segundo, definir las características principales que deben cubrir los sistemas integrales de cuidado y, tercero, la protección de las mujeres migrantes, insertas en cadenas globales de cuidados. Sobre el primer punto, se menciona que el impulso a la economía del cuidado tendrá efectos positivos, tales como elevar la participación laboral de las mujeres, aumentar el bienestar, la redistribución y el crecimiento económicos y la mejora de indicadores macroeconómicos. Con respecto al segundo punto, los Estados se comprometieron a:

Diseñar sistemas integrales de cuidado desde una perspectiva de género, interseccionalidad e interculturalidad y de derechos humanos que promuevan la corresponsabilidad entre mujeres y hombres, Estado, mercado, familias y comunidad, e incluyan políticas articuladas sobre el tiempo, los recursos, las prestaciones y los servicios públicos universales y de calidad, para satisfacer las distintas necesidades de cuidado de la población, como parte de los sistemas de protección social (CEPAL, 2020, p. 5).

En el caso de las mujeres migrantes, se advierte la importancia de considerar las cadenas globales de cuidados y sus causas estructurales, a fin de “garantizar los derechos humanos y las condiciones de trabajo decente, la prevención y atención de la violencia —en particular, la violencia sexual—, y la trata de personas, y el acceso no discriminatorio a los servicios de salud y a la protección social integral” (CEPAL, 2020, p. 6).

Es importante señalar que los convenios 156 y 189 de la OIT, antes mencionados, son los únicos instrumentos vinculantes en materia de trabajo de cuidados; sin embargo, un amplio número de países de la región todavía no los han suscrito (véase el cuadro 2).

Por otro lado, los consensos y acuerdos que se desprenden de las Conferencias regionales de la mujer y de las Conferencias sobre población y desarrollo, han sido los más contundentes en reconocer el derecho universal al cuidado, a decidir cuidar y a cuidar en condiciones dignas; no obstante, carecen de un carácter vinculante. A este respecto, las políticas promovidas se encaminan a reconocer el valor social y económico del cuidado, de desarrollar sistemas integrales de cuidados como un cuarto pilar de protección social y un ámbito de la seguridad social y a otorgar derechos laborales a las personas que trabajan como cuidadoras con o sin una remuneración (véase el cuadro 2).

Cuadro 2
Marco jurídico internacional y regional sobre el trabajo de cuidados

Tratado o convenio	Año de expedición	Número de países firmantes de ALC	Países firmantes de ALC (a diciembre del 2020)
Vinculantes			
Convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares	1981	12	Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos (N° 189)	2011	17	Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Guyana, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.
No vinculantes			
Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer	1995	30	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Recomendación Número 201 sobre el trabajo decente para las trabajadoras y los trabajadores domésticos	2011	25	Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).
Agenda 2030, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	2015	33	^a
Consenso de Quito	2007	33	^a
Consenso de Brasilia	2010	33	^a
Consenso de Santo Domingo	2013	33	^a
Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	2013	33	^a
Compromiso de Santiago	2020	33	^a

Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2007, 2010a, 2013, 2013a, 2020), OIT (1981, 2011a, 2011b) y Naciones Unidas (2015).

^a Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

C. El Seguro de Cuidados a Largo Plazo: la experiencia de la República de Corea

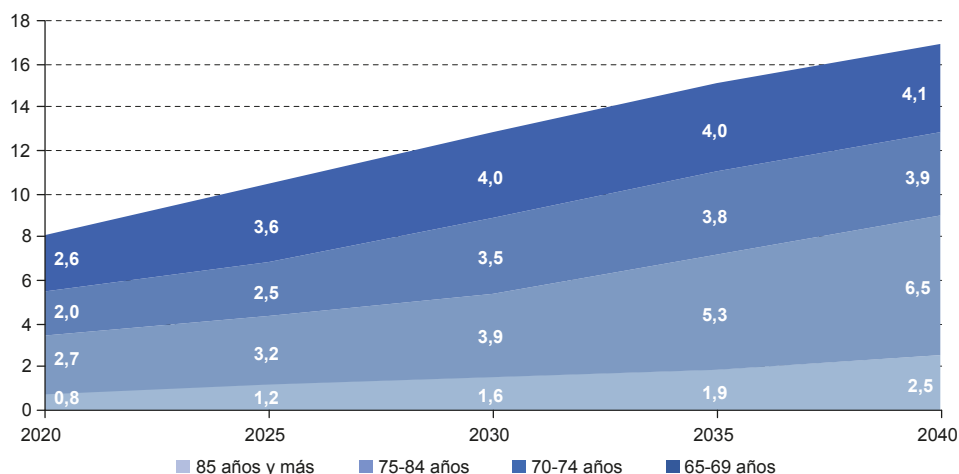
De acuerdo con los resultados del Censo de Población 2020, en la República de Corea habitan 51,8 millones de personas y se proyecta un decrecimiento anual de la población de 60 mil personas por año durante la próxima década (KOSTAT, 9 de septiembre de 2021).

Dicho país vive un proceso de envejecimiento mucho más acelerado respecto a otros países del mundo, debido a dos factores; por un lado, al rápido decrecimiento de su tasa de natalidad, la que pasó de 1,24 en 2011, a 0,84 en 2020 (KOSTAT, 23 de febrero de 2022) y, por el otro, al veloz incremento en la esperanza de vida, la que pasó de 62,3 años en 1970 (58,7 años para los hombres y 65,8 para las mujeres), hasta alcanzar un promedio de 83,5 años (80,5 años para los hombres y 86,5 para las mujeres) en 2020,

cifra que representa 2,6 años adicionales para los hombres y 3,3 para las mujeres respecto al promedio de los países de la OCDE (KOSTAT, 1 de diciembre de 2020). Además, la esperanza de vida a los 65 años, para 2021, alcanzó los 21,3 años (19,1 para los hombres y 23,4 para las mujeres).

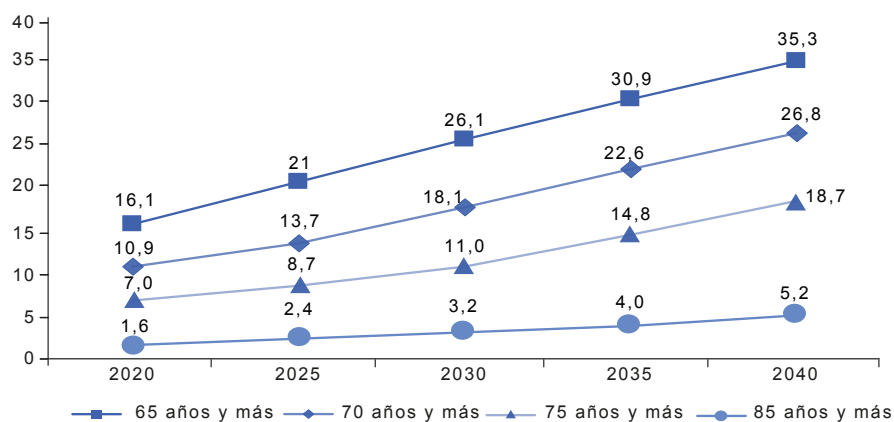
Como resultado de lo anterior, se prevé que la población surcoreana, mayor de 65 años, se duplique en las próximas dos décadas, pasando de 8,07 millones de personas (16,1%), en 2020, a 16,98 millones (35,3%), en 2040. El estadio de súper envejecimiento en el país surcoreano se alcanzará, según las proyecciones, en el 2025, cuando la población de este grupo etario alcance el 20,3% del total de la población (KOSTAT, 29 de septiembre de 2021). Por otro lado, debido al incremento de personas de 65 años y más, se espera que la razón de dependencia, vinculada al envejecimiento, pase de 22,5 personas por cada 100, en edad de trabajar, a 63,4 en 2040, y que el índice de envejecimiento pase de 129,6 a 393,9 en el mismo periodo (KOSTAT, 14 de abril de 2022).

Gráfico 1
República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040
(En millones de personas)



Fuente: Elaboración propia con datos de KOSTAT (14 de abril de 2022). Perspectivas de población de coreanos y extranjeros basadas en las proyecciones de población de 2021: 2020-2040.

Gráfico 2
República de Corea: proyecciones de población, 2020-2040
(En porcentajes)



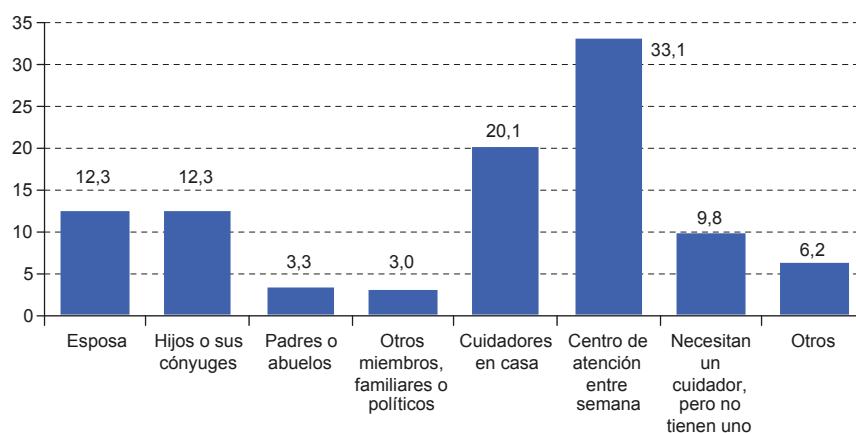
Fuente: Elaboración propia con datos de KOSTAT (14 de abril de 2022). Perspectivas de población de coreanos y extranjeros basadas en las proyecciones de población de 2021: 2020-2040.

El Censo de Población 2020 reportó que 4.7 millones de hogares tenía como jefe de familia a una persona de 65 años o más. Alrededor de 1.66 millones de los hogares de personas mayores eran unipersonales (35,1%) y se espera que, para el 2047, alcancen 4.05 millones. Este dato es importante porque, de acuerdo con el censo, existen variaciones en el autoreporte de salud entre las personas mayores que viven en hogares unipersonales y quienes viven con otras personas, el 17% se consideraba sana en el primer grupo, respecto al 24,3% del segundo (KOSTAT, 29 de septiembre de 2021).

La principal causa de muerte entre las personas de 65 años y más es el cáncer, seguida de las enfermedades del corazón, la neumonía, enfermedades cerebrovasculares y la demencia de Alzheimer, que, en 2020, ocupó por primera vez el quinto lugar de las causas de muerte. Según datos del mismo censo, en 2019 los gastos médicos per cápita llegaron a 4.796 millones de wones (3.392.254,50 USD) y los gastos de bolsillo 1.117 millones de wones (790.064,28 USD) (KOSTAT, 29 de septiembre de 2021).

Del total de la población mayor de cinco años, el 6,2% (3.028 millones de personas) reporta limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria, de las cuales el 55,9% corresponde a personas de 70 años y más (1.6 millones). Un dato muy relevante es que 1.351 millones de personas de 15 años o más (45,2% del total de personas con limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria) requieren servicios especiales de cuidado. Estos son proporcionados en centros diurnos (33,1%), a través de servicios de cuidado domiciliario (20,1%), pareja (12,3%), niños o pareja (12,3%), padres o abuelos (3,3%), otros miembros de la familia (3,0%) y otros (6,2%). Del total de la población que requiere cuidados, el 9,8% no cuenta con servicio o apoyo para recibirlos (KOSTAT, 21 de octubre de 2021).

Gráfico 3
República de Corea: personas que requieren cuidado por tipo de cuidado
(población de 15 años y más), 2020
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con datos de KOSTAT (21 de octubre de 2022). Resultados del Censo de Población y Vivienda 2020.

El país surcoreano vive un importante desafío demográfico con impacto en la economía, la educación, las finanzas y la defensa, el que ha buscado enfrentar a partir de estrategias centradas en las personas y en las familias, para no depender del aumento de la natalidad. Con el objeto de lograrlo, el gobierno creó el Comité Presidencial sobre el Envejecimiento de la Sociedad y Política de Población para lograr un cuidado de la infancia feliz y garantizar una legítima y noble vida al envejecer. Desde 2005, dicho Comité ha desarrollado planes quinquenales para atender la situación demográfica (PRECAP, 2022).

Sin embargo, el debate en torno a la necesidad de fortalecimiento del Estado de bienestar cobró fuerza durante el gobierno del presidente Kim Dae Jung y, en el 2009, el Ministerio de Salud y Bienestar estableció la creación de un Comité de Planificación de Cuidados a Largo Plazo para Personas Mayores. Dada la situación demográfica y política, el interés en estas acciones fue generalizado y no existió oposición alguna para su desarrollo (Yoon, 2021).

Un año antes, el 1 de agosto de 2008, había ocurrido un avance fundamental en este ámbito, cuando el gobierno surcoreano comenzó la implementación del seguro de cuidado de largo plazo (Long-Term Care Insurance, LTCI,) el que se había aprobado en abril de 2007 (Choi, 2013). Se trata de un seguro público y obligatorio con el objetivo de “preservar y mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores, promover una mejor salud, medios de vida estables y reducir la carga de cuidado para los familiares” (Kang, et al., 2012, p. 41). En su fase inicial, este seguro de cuidado a largo plazo buscaba aliviar la ansiedad de los ciudadanos, respecto a las problemáticas que pudiesen derivar del envejecimiento (Tak et al., 2019).

De acuerdo con Tak et al. (2019), la cobertura de este seguro ha permitido que los servicios hayan transitado desde una perspectiva centrada en el proveedor hacia una centrada en las personas, permitiendo que personas de diferentes niveles de ingresos tengan acceso a servicios especializados, ofrecidos por profesionales capacitados para realizar tareas de cuidado. Por tanto, los autores mencionan que este seguro ha mostrado efectos económicos muy positivos: 1) la reducción de la brecha financiera en el acceso a servicios de cuidado; 2) la creación de nuevos puestos de trabajo en el área de cuidados; y, 3) la ampliación del negocio de instrumentos del bienestar. Otro efecto muy positivo es que ha favorecido la estabilidad emocional de las familias beneficiarias (Tak et al., 2019).

1. El Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) y el Seguro de Cuidados a Largo Plazo (LTCI)

Kwon (2009) señala que, después de experimentar una crisis derivada del golpe de Estado en 1963, cuando se eliminó el seguro de salud obligatorio, la República de Corea inició, en 1976, un proceso paulatino para su reinstalación. En 1977 incorporó a las grandes empresas que operaban en el país, continuó en 1979 con un programa de ayuda médica para personas ubicadas en la franja de pobreza, empleados de gobierno y profesores y, entre 1981 y 1982, se incluyeron trabajadores independientes y rurales. De esta manera, en poco más de una década, el país alcanzó la cobertura universal. De acuerdo con Kim y Kang (2022), dicho éxito se logró debido a tres factores: (1) un tipo de diseño del sistema que permitió la ampliación en las coberturas de los sectores formales e informales, su obligatoriedad y el tipo de designación de los proveedores de servicios médicos; cotizaciones bajas con paquetes pequeños de prestaciones sociales y la cobertura de la familia; (2) la operación fue vinculada con el sistema de registro civil y estadísticas vitales, algo que permitió la actualización permanente de datos; y, (3) la aplicación de políticas flexibles para promover el liderazgo local.

Antes del año 2000, en la República de Corea existían diversas compañías de seguros, las que proporcionaban diferentes coberturas a los trabajadores tanto dependientes como autónomos, pero que estaban centralizadas para la resolución de reclamos y pago a proveedores de asistencia sanitaria. Esta forma de organización contemplaba tres tipos de seguros: para empleados de gobierno, maestros y sus dependientes; industriales, trabajadores y sus dependientes (140 sociedades de seguros) y el seguro para trabajadores por cuenta propia o que pertenecía a empresas de menos de cinco empleados (230 sociedades de seguros). Además, de un seguro para personas en situación de pobreza (Kwon, 2009).

En el año 2000, los diversos sistemas de seguro médico se integraron en el Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS¹⁰). Este sistema, supervisado por el gobierno surcoreano, es obligatorio por ley y cubre a la totalidad de la población, a partir de un asegurador único que:

[...] promueve la salud de la población y se esfuerza por mejorar la seguridad social, proporcionando los servicios de salud necesarios para enfermedades, lesiones, nacimientos y muerte y gestiona un programa de asistencia médica gratuita como forma de ayuda pública para las personas de bajos ingresos, para quienes la aplicación de la seguridad social es difícil a través del NHI (Shon y Jung, 2016, p. 1).

¹⁰ National Health Insurance Service (Servicio Nacional de Seguro de Salud).

Si bien, el Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) fue reconocido como un sistema estable, presentaba vulnerabilidades, ya que carecía de la provisión de servicios de cuidado para personas mayores. Como se señaló, el gobierno de Kim Dae Jung había mostrado un profundo interés por el fortalecimiento del Estado de bienestar, motivo por el cual se inició durante su gobierno una revisión de las políticas y programas enfocadas a la seguridad social en tres sentidos: la revisión de los sistemas de pensiones públicas, el sistema de seguro médico y el seguro de empleo. Frente a los retos demográficos de ese momento, y de cara a las proyecciones de la dinámica de población en la República de Corea, se recomendó analizar la posibilidad de establecer un sistema para la provisión y financiamiento de cuidados a largo plazo dirigido, fundamentalmente, a las personas mayores y, más tarde, se asumió el compromiso de ponerlo en marcha en el 2002 (Choi, 2014).

De acuerdo con Choi (2014), entre los problemas que enfrentaba el país, en ese momento, se encontraban el incremento en los gastos médicos de las personas mayores en el Seguro Nacional de Salud (NHI) y la creciente demanda de servicios alternativos para el apoyo a las familias de las personas mayores, junto a las escasas posibilidades de apoyo gubernamental, algo que podría impactar, negativamente, en los gastos hospitalarios prevenibles. Esto se debía a que, antes del 2008, la oferta de servicios de cuidado a largo plazo estaba limitada a las personas mayores que no contaban con apoyo familiar y cuyos ingresos económicos eran bajos y, por otro lado, los servicios se brindaban en instituciones, sin la opción de acceder a servicios de asistencia domiciliaria (Choi, 2014).

Kim y Kwon (2022) señalan que, a diferencia de lo que ocurrió en otras partes del mundo —en donde los seguros de cuidado a largo plazo se pensaron en un contexto de apoyo a la población de cualquier edad con alguna discapacidad—, en el caso surcoreano, el impulso para analizar la demanda y oferta de servicios de cuidado de largo plazo provenía del contexto demográfico del país.

Ante esta realidad, en 2005 se inició la implementación, en fase piloto, del seguro de cuidado a largo plazo (LTCI) en seis zonas de la República de Corea; al año siguiente, se presentaron los resultados a la Asamblea Nacional; en 2007, se aprobó su creación y, en 2008, comenzó su implementación en el resto del país (Choi, 2014). Dicho proceso es muy relevante, pues implicó el seguimiento y evaluación, en diversas etapas, de la pertinencia y funcionamiento del seguro.

2. Características del LTCI

La Ley surcoreana de Seguro de Cuidado a Largo Plazo (Ley No. 16244), que da fundamento jurídico al LTCI, establece la rectoría del Estado en la organización de la prestación de beneficios para la atención a largo plazo de personas mayores de 65 años, así como menores de 65 años que presenten enfermedades geriátricas o personas pertenecientes a otros grupos etarios que requieran servicios de cuidado. En esta Ley se enfatiza, también, la responsabilidad tanto del Estado como de los gobiernos locales para proporcionar servicios de prevención de enfermedades geriátricas y la posibilidad de que el Estado subvencione los gastos de los gobiernos locales. Además, establece que ambos niveles de gobierno aseguren la apropiada infraestructura de cuidado y el apoyo administrativo o financiero al NHIS para el correcto cumplimiento de los beneficios de atención y las condiciones laborales adecuadas para las personas que realizan trabajo de cuidados a largo plazo. En esta Ley, en su artículo séptimo, señala que el Ministerio de Salud y Bienestar tiene el control sobre el LTCI y que el NHIS es el asegurador (KLRI, 2019).

El LTCI proporciona servicios de cuidado de manera específica a personas mayores para satisfacer las necesidades que no se encontraban cubiertas antes de la creación del sistema; mientras que, el NHI cubre el tratamiento médico para personas de todas las edades. Un aspecto importante que destacan Kim y Kwon (2022) es que los planes de financiación de ambos seguros (cuidado a largo plazo y salud) fueron diseñados por separado para evitar cargas financieras al NHIS que pudieron no haber estado previstas si se hubiese añadido tan solo como un componente adicional y, por otro lado, para lograr una mejor recepción por parte de la población, al tratarse del pago de una nueva prima por un nuevo seguro que cubría un nuevo servicio.

3. Población objetivo y servicios

El LTCI tiene como población objetivo las personas de 65 años o más que necesitan cuidado y/o apoyo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria o personas menores de 65 años que cursan con enfermedades geriátricas que afectarán su funcionalidad por más de seis meses, con el objetivo de prevenir o ralentizar la disminución de la funcionalidad, a través de servicios domiciliarios y comunitarios y, con ello, reducir los costos médicos (KLRI, 2019). Como se ha señalado, en la República de Corea habitan alrededor de 7.6 millones de personas mayores, de las cuales se estima que el 8,8% (0,67 millones) ha sido aprobado como beneficiario del LTCI y el 1,3% del total de la población del país ha usado algún servicio que proporciona este seguro (NHIS, 2020).

Entre las características más importantes de este seguro encontramos las que se refieren a los criterios de elegibilidad, pues las personas pueden acceder a sus beneficios de acuerdo con su estado físico y mental, sin importar su situación económica o su posibilidad de acceder a cuidados familiares. Una vez que la persona mayor, o su cuidador(a), solicita los servicios a través de un médico, se realiza una evaluación de las necesidades en el domicilio, mediante entrevistas y la aplicación de un cuestionario estructurado, el que incluye un instrumento de 54 ítems (véase el cuadro 3). Este instrumento permite la evaluación estandarizada de los siguientes dominios: actividades básicas de la vida diaria, función cognitiva, problemas de comportamiento, necesidades de cuidado con un enfermero especializado y condiciones músculo-esqueléticas (Kang et al, 2012). De acuerdo con la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo, este proceso debe concluirse en un periodo no mayor a 30 días, plazo que se inicia desde el día de la solicitud (KLRI, 2019).

Cuadro 3
Definición del grado de beneficios otorgados, según el estado físico y mental por parte del LTCI en la República de Corea

Grado	Condiciones	Puntuación
1	Una persona que depende completamente de la ayuda de otra persona para llevar a cabo la vida diaria	Más de 95
2	Una persona que depende principalmente de la ayuda de otra persona para llevar a cabo la vida diaria	Entre 75 y 95
3	Una persona que necesita parcialmente la ayuda de otra persona para llevar a cabo la vida diaria	Entre 60 y 75
4	Una persona con discapacidades mentales y físicas y que está en necesidad parcial	Entre 51 y 60
5	Una persona con demencia	Entre 45 y 51
6	Una persona con demencia	Debajo de 45

Fuente: Servicio Nacional de Seguro de Salud (28 de agosto de 2022).

Kang et al (2012) explican el funcionamiento de las prestaciones, señalando que son proporcionadas en dos espacios: domiciliario en la comunidad e institucional. Respecto al primero, los servicios incluyen: i) cuidados (apoyo físico y apoyo para la realización de tareas domésticas), ii) baño con apoyo de equipo especializado, iii) enfermería con asistencia de un médico tratante, iv) cuidados diurnos y nocturnos, v) cuidados de relevo en el domicilio y, vi) otros servicios que incluyen equipo.

En cuanto a los cuidados institucionales, dichas prestaciones proporcionan capacitación a los beneficiarios que llevan mucho tiempo en centros de atención a largo plazo para apoyar sus actividades diarias, recibir capacitación o programas educativos o para mantener y mejorar sus funciones mentales y físicas; mientras que, en los hogares comunitarios de atención a largo plazo, se busca crear una atmósfera hogareña. Finalmente, el sistema ofrece beneficios especiales en efectivo cuando los beneficiarios sean atendidos por sus familiares, entregando montos establecidos de dinero a cambio del servicio, a través de prestaciones en efectivo de asistencia familiar, prestaciones en efectivo de cuidados excepcionales y/o gastos de enfermería en una institución de cuidados a largo plazo (NHIS, 2022). La Ley señala que tales prestaciones en efectivo se otorgarán cuando la persona resida en un área en donde las instituciones de atención sean insuficientes (una isla o una zona aislada), cuando exista situación de desastre o cuando las personas requieran, necesariamente, la atención de familiares (KLRI, 2019).

La vigencia de la aprobación de prestaciones para el cuidado de largo plazo es de, al menos, un año, pero se puede extender mediante una solicitud de renovación (KLRI, 2019). Es importante mencionar que, existen límites para la prestación de servicios, los que se calculan de acuerdo con las necesidades de cuidado y se establecen topes con carácter mensual (máximo de monto establecido) y según los niveles de necesidad de cuidados en el espacio domiciliario; mientras que, en el nivel institucional las tarifas son diarias y dependen de la necesidad de cuidado y del tipo de establecimiento.

4. Prestadoras de servicio

Desde la creación del LTCI, en 2008, se registró un incremento sostenido de empresas proveedoras de servicios de cuidado. De acuerdo con Kwon (2021), las agencias de cuidado domiciliario pasaron de 6618, en 2008, a 15970, en 2018; en tanto, las instituciones de larga estadía pasaron de 1700 a 5320 en el mismo periodo. En contraste, "la tasa de utilización del cuidado institucional disminuyó de 38,6 %, en 2008, a 32,03%, en 2016, la tasa de utilización del cuidado domiciliario aumentó de 61,4%, en 2008 a 67,92%, en 2016" (Yoon, 2021, p. 24).

Del mismo modo, los servicios de cuidado tanto institucionales como domiciliarios se encuentran, claramente, regulados por la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo, según la cual, para que una institución pueda operar, requiere contar con la aprobación de las autoridades que tengan jurisdicción sobre la ubicación de la misma. Además, la institución deberá contar con infraestructura adecuada, recursos humanos y un plan operativo. En cuanto a las instituciones dedicadas al cuidado domiciliario, ellas deberán presentar, además, el informe de su establecimiento, donde demuestra que tiene a una enfermera como gerente (KLRI, 2019).

Las instituciones de cuidado a largo plazo están obligadas por ley a proporcionar información sobre el detalle de sus actividades, recursos humanos, actualización de su sitio web y manuales de procedimientos. Además, deben emitir declaraciones de gastos desglosadas por beneficios a cada persona que haya recibido sus servicios. Un aspecto relevante de la ley es que las instituciones deben garantizar a sus empleados educación en materia de derechos humanos, para prevenir y abordar cualquier situación de agresión, violencia, acoso, abandono, negligencia, robo o abuso emocional, entre otras. Ante el incumplimiento de la normatividad sobre administración, buen trato y características del personal, la Ley prevé la revocación de permisos para la operación de los establecimientos.

Desde sus inicios, se ha procurado que los servicios que ofrece el LTCI sean de calidad, por lo que el sistema incluye mecanismos para garantizar la formación y capacitación del personal que presta los servicios. En este sentido, se han establecido mecanismos de certificación de las personas cuidadoras, mediante la acreditación de cursos de formación y la aprobación de exámenes nacionales. Además, la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo, establece que el Estado y el gobierno local pueden abrir centros de apoyo para trabajadores del cuidado a largo plazo, con la intención de proteger sus derechos, brindar capacitación e implementar programas de gestión de la salud. Sin embargo, al igual que como ocurre con las instituciones prestadoras de servicios, la demanda de personal del cuidado, obviamente, mostró un incremento sustancial, pasando de 176,560, en 2009, a 301,709, en 2015, siendo el grupo de profesionales del trabajo social, en particular, el que casi se triplicó (de 5,234 a 14,074) (Jeon y Kwon, 2017).

A pesar de la regulación, y ante el incremento en la oferta de servicios de cuidado, Yoon (2021) advierte sobre el surgimiento de prácticas para el reclutamiento de beneficiarios: "una estrategia común utilizada por los proveedores es ofrecer a los beneficiarios un copago reducido, lo que se ha traducido en una reducción de la calidad del cuidado" (p. 24).

5. Financiamiento

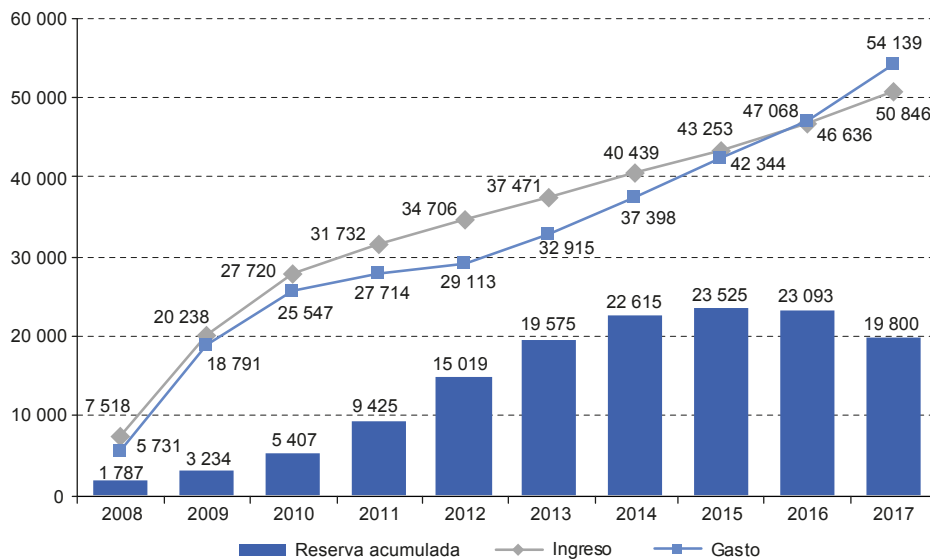
El financiamiento de este seguro proviene de las cotizaciones de las personas afiliadas al NHIS, el que se encarga de la recaudación y administra, de manera separada, la contribución del seguro de atención de cuidado a largo plazo y la contribución del seguro de salud, aunque la prima se calcula de forma conjunta. Los ingresos del LTCI incluyen: ingresos de contribuciones (63,6%, en 2017), subsidios del gobierno (20% de los ingresos esperados de las primas de seguro) y contribuciones al NHIS, entre otros ingresos. Desde

el 2010, la tasa de inversión fiscal era de 6,55%, pero, en 2018 aumentó a 7,38% y en 2019 alcanzó un 8,51%. Las proyecciones estiman un aumento anual del 3,2% entre 2023 y 2027. El subsidio otorgado por el gobierno se ubicó en un 18,32% anual durante el periodo 2013-2017 y se espera que se mantenga estable en los próximos años (NABO, 2018).

El costo de los beneficios del seguro, para las personas de menos ingresos, es asumido por los gobiernos local y nacional. Finalmente, las cuotas (copagos) de los usuarios equivalen al 15% cuando los servicios se dan en instituciones y al 20% cuando se brindan en el hogar. Las personas con bajos ingresos o quienes son beneficiarios de programas de ayuda médica tienen copagos que van del 7,5% para los servicios en instituciones y del 10% cuando se trata de servicios domiciliarios. El artículo décimo de la Ley de Seguro de Cuidado de Largo Plazo establece que el NHIS puede reducir o eximir de la contribución a las personas usuarias del seguro que tengan una discapacidad de acuerdo con la legislación vigente (KLRI, 2019).

El presupuesto asignado para el LTCL, en 2019, fue de 996.000 millones de wones surcoreanos (KRW), cifra que significó un aumento del 23,6% con respecto al presupuesto de 2018 (KRW 805.800 millones). Sin embargo, la Oficina de Presupuesto de la Asamblea Nacional (NABO por sus siglas en inglés) (2018) señala, en su balance financiero, que los gastos han mostrado un incremento anual del 14,1%, entre 2009 y el año 2017. Este hecho ocasionó que la reserva acumulada presentara un déficit a partir de 2016.

Gráfico 4
República de Corea: tendencias financieras del seguro de cuidado de largo plazo para personas mayores, 2008-2017
(En miles de millones de KRW)

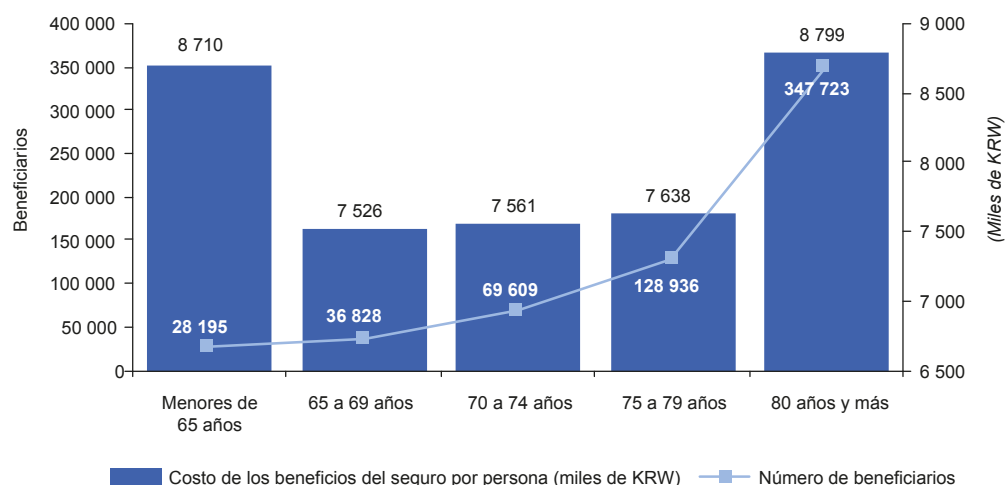


Fuente: Oficina de Presupuesto de la Asamblea Nacional con base en datos de la Corporación Nacional de Seguros de Salud.

6. Cobertura

De acuerdo con el NHIS, el 8,8% de las personas mayores de 65 años utilizó los servicios del LTCL, siendo la población de 80 años y más la que presentó un mayor uso del servicio. El cuadro 4 muestra un incremento de la población con 65 años y más como de los solicitantes que se incrementan como los gastos anuales. El incremento como porcentaje del PIB es de casi 10% entre 2008-2018.

Gráfico 5
República de Corea: beneficiarios por edad y costo del seguro per cápita, 2017
(En miles de KRW)



Fuente: Oficina de Presupuesto de la Asamblea Nacional con base en datos de la Corporación Nacional de Seguros de Salud.

Cuadro 4
República de Corea: cobertura y gasto de la población en la LTCl^a pública, 2008-2018

	2008	2010	2012	2014	2016	2018	Variación media en porcentaje por año (2008-2018)
Población mayor de 65 años	5 086 195	5 448 984	5 921 977	6 462 740	6 940 396	7 611 770	4,1
Solicitantes	355 526	622 346	643 409	736 879	848 829	1 009 209	7,6
Total de certificados	214 480	315 994	341 788	424 572	519 850	670 810	9,9
Porcentaje de certificados en comparación con la población mayor de 65 años	4,2	5,8	5,8	6,6	7,5	8,8	5,5
Beneficiarios de prestaciones LTCl	149 656	348 561	369 587	433 779	520 043	648 792	9,3
Gasto anual en LTCl per cápita (USD PPP ^b 2015)	3 747	9 187	9 864	10 715	11 226	12 705	5,4
Gasto en LTCl como porcentaje del PIB ^c	0,04	0,21	0,22	0,25	0,29	0,37	9,8
Ingresos totales (millones de dólares, PPA ^d 2015)	1 014	3 356	4 154	4 839	5 517	7 177	12,8
Gasto total (millones de USD, PPA 2015)	647	3 020	3 426	4 490	5 508	7 932	15,2
Porcentaje del total de gastos en relación con los ingresos	63,9	90,0	82,5	92,8	99,9	110,5	2,1
Balance ^e	366	337	728	349	8	-755	-215,5

Fuente: Kim, H. y Kwon, S. (2021). *A decade of public long-term care insurance in South Korea: Policy lessons for aging countries*. Health Policy, 125(1), p. 24.

Nota: Los certificados se refieren a la validación que reciben los beneficiarios una vez que han sido evaluados con el instrumento estandarizado y, de acuerdo con su puntaje, califican para recibir la atención.

^a LTCl = seguro de cuidados de larga duración.

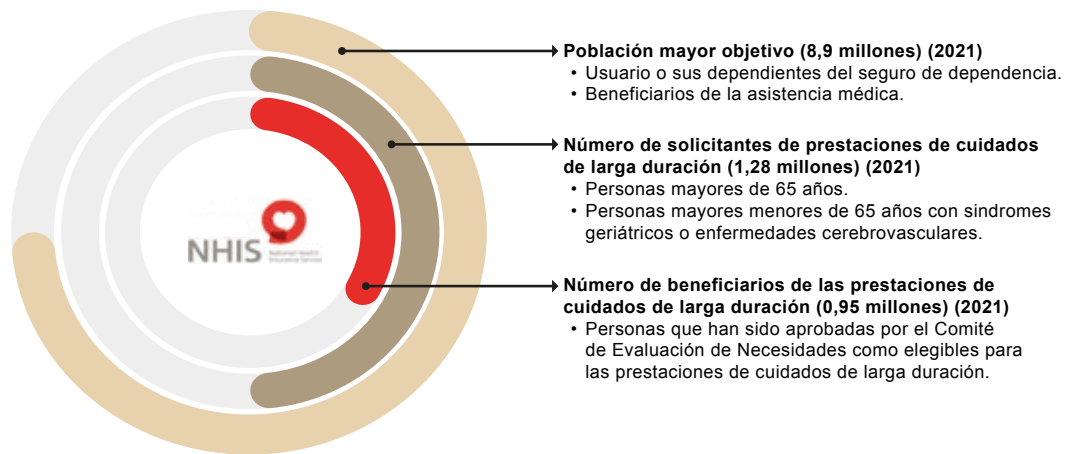
^b USD PPP = Paridad de Poder Adquisitivo de los Estados Unidos.

^c PIB = Producto Interno Bruto.

^d PPA = Paridad del poder adquisitivo.

^e Balance = Ingresos totales menos Gasto total.

Diagrama 3
República de Corea: cobertura poblacional del Seguro de Cuidado de Largo Plazo, 2021



Fuente: Servicio Nacional de Seguro de Salud (28 de agosto de 2022). <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa03100m01.do>.

7. Alcances

Un estudio realizado por Choi et al. (2018)—cuyo objetivo era analizar el impacto del LTCI en la reducción del uso de servicios médicos y en la carga de costos de salud para sus beneficiarios—, reportó la existencia de un efecto positivo. A pesar del aumento en los costos médicos, al comparar la población que utiliza y no utiliza servicios del LTCI, se encontró que el número de hospitalizaciones entre el primer grupo disminuyó, significativamente, respecto al segundo.

Por su parte, Ga (2020) señala que, de acuerdo con un estudio de opinión, el 90,9% de los encuestados reportó satisfacción por los servicios otorgados a través del LTCI. Sin embargo, el autor señala que, el aumento sostenido en el número de beneficiarios (214.000, en 2008, a 671.000, en 2019) y los problemas financieros ocasionados por el déficit financiero del LTCI, ya ha propiciado una reacción del Ministerio de Salud y Bienestar para minimizar su impacto mediante: (1) "la ampliación de encuestas para identificar las reclamaciones financieras injustificadas, (2) la reducción de la remuneración en las instituciones, (3) la mejora del proceso de selección de los usuarios y, (4) el endurecimiento de los requisitos para la apertura de instalaciones de cuidado de largo plazo" (Ga, 2020, p. 182).

8. Limitaciones

Las personas cuidadoras han experimentado diferentes problemáticas desde la creación del LTCI, en particular, bajos salarios y el incumplimiento de la normatividad laboral, pues se enfrentan a jornadas de trabajo superiores a las establecidas por la legislación, la falta de capacitación para el trabajo y la falta de cobertura para la atención de enfermedades músculo-esqueléticas, las que en la actualidad son consideradas como afecciones relacionadas con el envejecimiento y no con el trabajo de cuidado (Chon y Kim, 2020).

9. Reflexiones adicionales

Maags (2020) analiza los factores políticos que favorecieron la consolidación del LTCI en la República de Corea, primordialmente la llegada al poder del presidente Kim Dae-Jung y su compromiso con el fortalecimiento de la seguridad social; el respaldo de amplios sectores de la población que, frente a la crisis económica que experimentaban los países asiáticos, consideraban necesarias y pertinentes las reformas en seguridad social y también, la postura de la administración encabezada por el presidente Lee Myung-bak, quien focalizó los esfuerzos en la consolidación del LTCI en el marco de una política de expansión del bienestar social.

La separación entre el seguro de enfermedad y el seguro de cuidados a largo plazo parece mostrar un efecto negativo en la sostenibilidad del LTCl. De acuerdo con algunos estudios (Moon, 2022), esto ocasiona fragmentación en los servicios, superposición de acciones en materia de salud y merma en la calidad de los servicios percibida por los usuarios. Todo ello genera gastos que se podrían solventar, a partir de la integración de ambos seguros. Además, se plantea la necesidad de establecer normas más estrictas (prerrequisitos) para tener acceso a las prestaciones y buscar estrategias como la integración de los servicios de cuidado y la operación de negocio para reducir los costos de los servicios médicos.

Por otro lado, debido al déficit en las finanzas del LTCl, se ha señalado que el siguiente paso es fortalecer los sistemas comunitarios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud dirigidos a las personas mayores, pero armonizándolos con los servicios de cuidado a largo plazo y los servicios asistenciales (Moon, 2022).

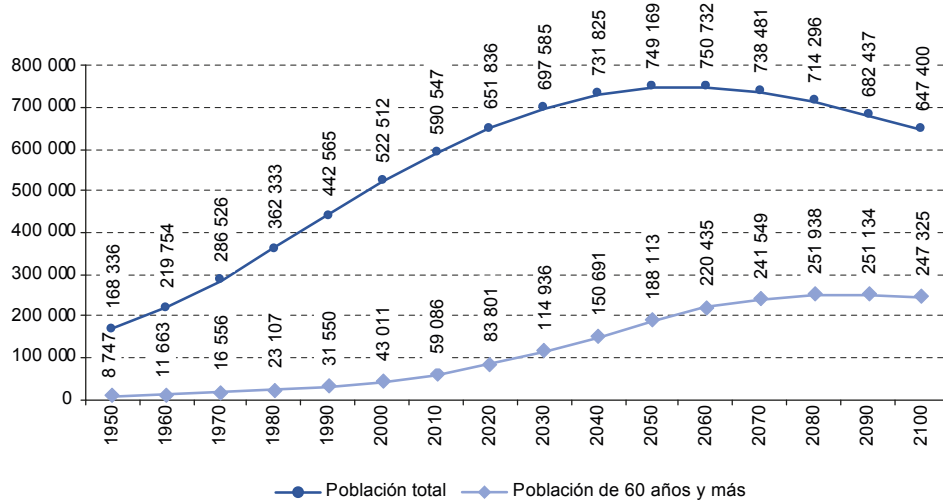
III. Las transformaciones demográficas y las necesidades de cuidado de largo plazo en la región

A. Dinámica de la población

La región de América Latina y el Caribe, en lo que va transcurrido del siglo XXI, ha experimentado una serie de cambios en su dinámica poblacional. La dinámica demográfica de las décadas pasadas, caracterizada por un alto crecimiento de su población y por una joven estructura de edad, había quedado atrás. Para este siglo, las tendencias apuntan a una caída de la tasa de crecimiento de la población y un emergente proceso de envejecimiento, resultado de los descensos en la fecundidad y la mortalidad. Dicho proceso de transición demográfica, en comparación con el experimentado por los países desarrollados, cuya duración para completar el proceso fue de aproximadamente dos siglos; mientras que, en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños se produjo de manera tardía y veloz, se inició a partir de los descensos en la mortalidad, observados en la primera mitad del siglo XX y, luego, se acentuó en la década de 1960 con el descenso en la fecundidad (Chackiel, 2004 y 2006; Zavala de Cosío, 2014).

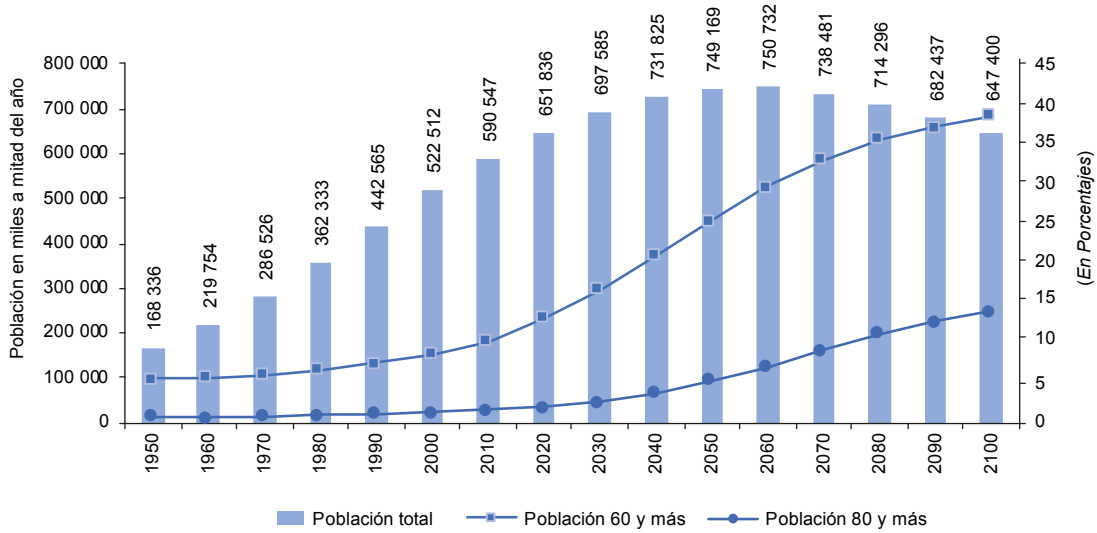
La urgencia de transitar hacia una sociedad del cuidado, donde se garanticen los derechos de las personas en cualquier momento del curso de su vida-, se hace evidente cuando se analiza la evolución de las variables básicas: fecundidad y mortalidad, y su relación con cambios económicos, sociales y culturales. Datos de la CEPAL indican que, entre 2020 y 2030, la población de 60 años y más en la región habrá aumentado en 31,1 millones, alcanzando los 114,9 millones, cantidad que correspondería al 16,5% de la población total de ALC. Para 2050, se estima que el grupo etario de 60 y más años alcanzará los 188,1 millones de personas, y representará alrededor del 25,1% de la población regional (véase el gráfico 6). Como un efecto del descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad, registradas a finales del siglo XX y principios del XXI, la tasa de crecimiento natural registrará una disminución gradual en el tiempo hasta 2060, cuando éstas empiecen a ser negativas, dando paso a un aumento significativo del peso relativo de las personas mayores de 60 años en la población total. Entre los años 2030 y 2060, este grupo habrá aumentado 13 puntos porcentuales, y en términos absolutos, representará 105,4 millones de personas mayores que se sumarán a los 114,9 millones existentes. Derivado del aumento de la longevidad, también, se estima un incremento en la proporción de personas de 80 años y más (véase el gráfico 7).

Gráfico 6
América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total y de 60 y más años, por decenios, 1950-2100
(Población en miles a mitad de año)



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

Gráfico 7
América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de la población total, de 60 y más años y 80 y más años, por decenios, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).

B. Cambios en la estructura por edad y sexo

La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2020, es una de las estrategias prioritarias para lograr y apoyar acciones que constituyan una sociedad más justa para todas las edades. Dentro de sus ámbitos de acción, la significación y uso de la edad toman un rol preponderante, pues sitúan la estructuración por edad en un marco de protección de los derechos de las personas mayores, sobre todo cuando las cifras muestran una esperanza de vida al nacer para ambos sexos superior a los 80 años, un aumento del grupo de personas de 80 años y más, y el ensanchamiento del período que media entre la jubilación y la muerte (OMS, 2020).

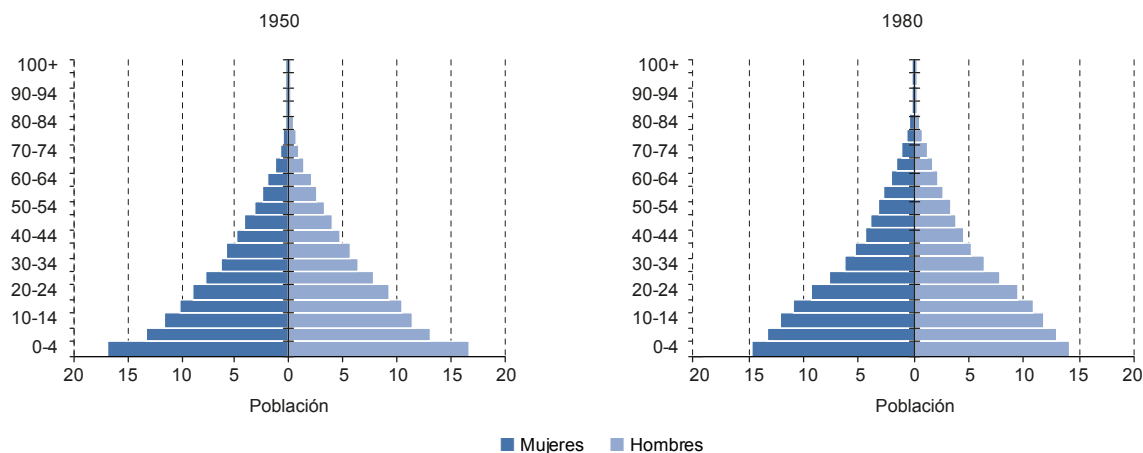
En tal sentido, visualizar los cambios en la estructura etaria de la población resulta fundamental, pues no sólo se puede observar la velocidad e intensidad de los cambios, sino también dimensionar los retos demográficos que enfrentarán los países de la región durante el devenir del siglo XXI, un ejemplo de ello es el apoyo potencial con el que cuentan los países de la región, la adaptación de los sistemas de salud a las nuevas demandas y la sostenibilidad de las finanzas públicas.

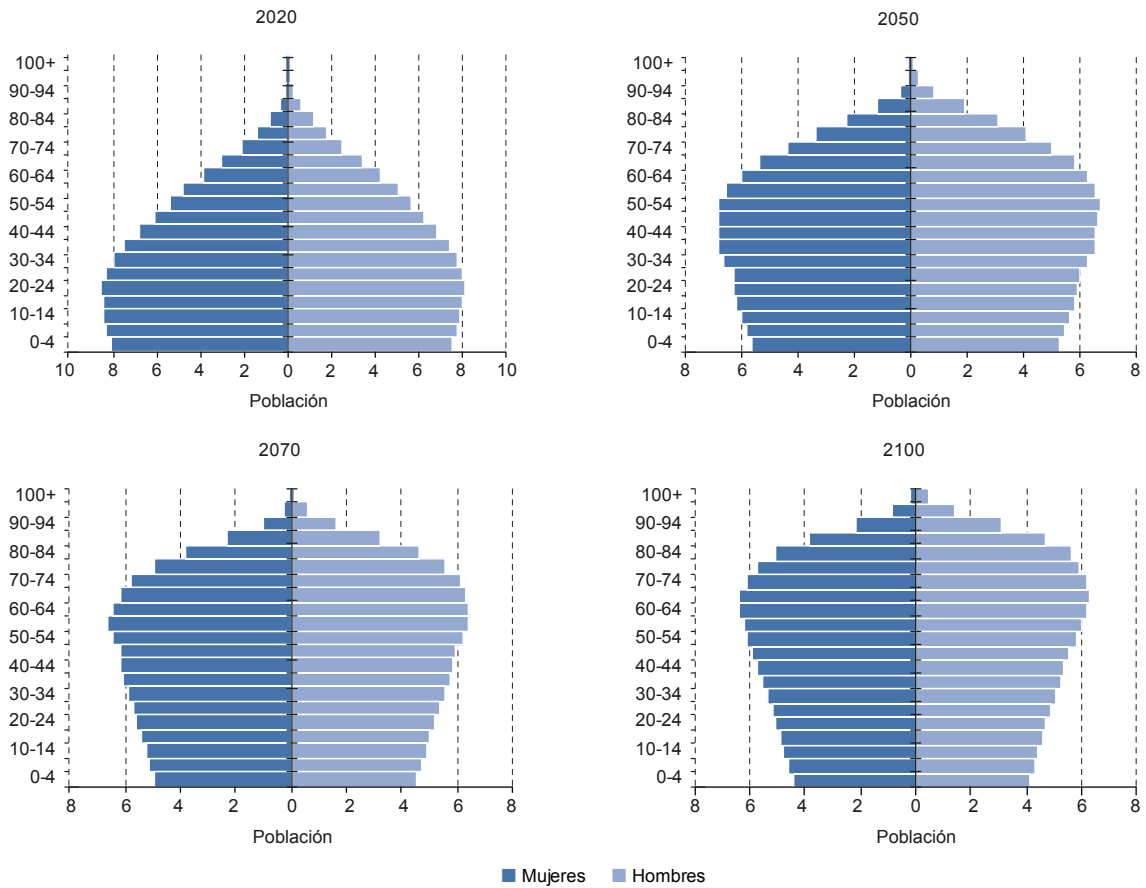
Los efectos de esta dinámica se vislumbran en los gráficos 8A y 8B, donde la estructura por edades y el volumen de la población, desde mediados del siglo pasado, cambió de manera importante. La población de América Latina y el Caribe pasó de 168,3 millones de habitantes, en 1950, a cerca de 651,8 millones, en 2020. Para 2030, se contempla una población total de 697,5 millones y para 2050 de 749,1 millones de personas, las que se distribuirán en: 16,9% personas menores de 15 años, 58% personas entre 15 a 59 años y 25,1% personas de 60 y más años, de esta proporción, un 5% pertenecerá al grupo de 80 y más años.

Para el presente siglo, se distinguen cuatro tendencias generales: i) una disminución de la población menor a 15 años, efecto de la disminución de la fecundidad y que, indirectamente, evidencia el envejecimiento de la región; ii) un crecimiento porcentual del grupo de 15 a 64 años durante las dos primeras décadas, posterior a ello un descenso gradual, derivado del movimiento de las cohortes a lo largo del tiempo histórico y su concentración en el grupo más envejecido que, directamente, se traduce en un incremento del peso relativo del grupo de 60 años y más; iii) una feminización del envejecimiento; y, iv) una disminución gradual de la tasa de crecimiento natural, que se registraría entre el período 2000-2050; en este lapso, se supone que la tasa descenderá un 1,4%, (de 1,61% en el año 2000 a 0,15% en 2050). A partir de 2060, las tasas de crecimiento natural comenzarían a ser negativas, resultado de mayores tasas de mortalidad, entre 10,4 y 13,6 defunciones por cada 1000 personas entre 2060-2100 (véase el gráfico 9).

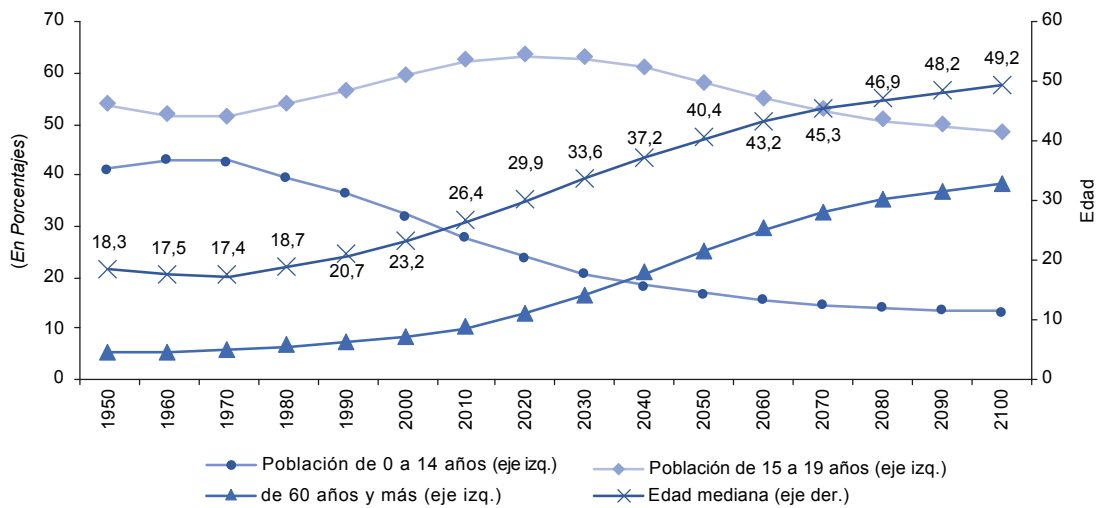
Gráfico 8
América Latina y el Caribe: estructura de la población

A. Estructura de la población por sexo y por grupos de edad, 1950-2100 (En porcentajes)





B. Estructura de la población por grandes grupos de edad, 1950-2100



Fuente: Elaboración propia con base en World Population Prospects 2022 (Naciones Unidas, 2022).