



Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2021

Investigación de base

Red de cuidados para personas en condición de dependencia: costo y alternativas de financiamiento

Investigador:

José Francisco Pacheco Jiménez
Hazel Elizondo Barboza

San José | 2021



303.4
P116r

Pacheco Jiménez, José Francisco
Red de cuidados para personas en condición de dependencia: costo y alternativas de financiamiento / José Francisco Pacheco Jiménez, Hazel Elizondo Barboza. -- Datos electrónicos (1 archivo : 1200 kb). -- San José, C.R. : CONARE - PEN, 2021.

ISBN 978-9930-607-70-1
Formato PDF, 29 páginas.
Investigación de Base para el Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible 2021 (no. 27)

1. DISCAPACIDAD. 2. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD. 3. ÁMBITO FAMILIAR. 4. RED DE CUIDO. 5. FINANCIAMIENTO. 6. COSTA RICA. I. Elizondo Barboza, Hazel. II. Título.



Índice

Presentación	1
Introducción.....	1
Sobre la atención a largo plazo.....	2
Perfil de los hogares con personas dependientes	3
Perfil de las mujeres con responsabilidades familiares	8
¿Cuánto cuesta la universalización de la Red de Cuido para personas dependientes?.....	11
Tamaño de la población dependiente	11
Servicios otorgados.....	13
Costos unitarios	14
Costos totales	15
Alternativas de provisión y financiamiento de servicios de cuidados para dependencia.....	18
Opciones en materia de financiamiento.....	18
Seguros de cuidados de largo plazo	18
Copago.....	21
Fundamentos del pago por cuidado (cash for care).....	21
Teleasistencia	23
Algunas consideraciones sobre el desarrollo futuro de la Red	24
Referencias	26

Presentación

Esta Investigación se realizó para el Informe Estado de la Nación 2021. El contenido de la ponencia es responsabilidad exclusiva de su autor, y las cifras pueden no coincidir con las consignadas en el Informe Estado de la Nación 2021 en el capítulo respectivo, debido a revisiones posteriores. En caso de encontrarse diferencia entre ambas fuentes, prevalecen las publicadas en el Informe.

Introducción

Las pirámides poblacionales experimentan un proceso de inversión en gran parte del mundo, producto de la reducción en las tasas de fecundidad e incremento de la esperanza de vida al nacer, todo lo cual ha puesto en las agendas públicas el tema del envejecimiento de una forma más visible. A medida que la población de un país envejece, su salud tiende a deteriorarse y como consecuencia de ello es necesario contar con servicios sociales de apoyo que permitan a las personas mantener su dinámica de vida con relativa normalidad. Estos servicios, comúnmente denominados “de cuidado a largo plazo” o “de cuidado para dependientes”, son complementarios a los servicios de salud que típicamente se asocian, en mayor demanda, a los adultos mayores.

La población dependiente de largo plazo está conformada por todas las personas con dificultades para realizar actividades de la vida diaria (AVD), que además requieren ayuda para realizar dichas actividades. Su crecimiento acelerado está asociado a los procesos de envejecimiento poblacional, así como por la prevalencia de condiciones de discapacidad. Esta población está conformada principalmente por personas adultas mayores y por personas en situación de discapacidad, sin que una situación o la otra sean sinónimas de dependencia.

Para los países, la población dependiente demanda de atención en programas públicos que busquen solucionar sus necesidades y les permita realizar sus AVD al mismo tiempo que se busque su autonomía, independencia y dignificación. Los países europeos han priorizado dicha atención desde hace más de dos décadas, acumulando experiencia en la provisión de servicios sociales de cuidado con un objetivo político de universalización. Para lograr lo anterior, los gobiernos también han diversificado las fuentes de financiamiento para hacer frente a la atención de esta población. Lo anterior incluye, entre otros la distribución de responsabilidades por el pago de esta atención entre el Estado y los individuos y/o sus familias así como el diseño e implementación de seguros de cuidado a largo plazo.

La innovación en el sector de cuidado no se ha limitado al financiamiento. En los últimos años, una amplia gama de esquemas nacionales de cuidado han adoptado la figura del cash for care (pago por cuidado) en donde el Estado transfiere determinado monto monetario a la persona dependiente para que sea ella quien organice y pague directamente los servicios de cuidado que requiere. El pago por cuidado es usualmente implementado a través de la provisión de pagos en efectivo o cupones a las personas dependientes para que estas adquieran sus servicios. En este modelo se deja de lado la provisión pública de servicios en especie. Esto puede convertirse en una ventaja al otorgarle a la persona la libertad de decisión sobre el uso de los fondos, pero en particular, para que diseñe su paquete de beneficios a la medida.

Además, en vista que un porcentaje importante del cuidado lo ejecutan familiares y amigos sin contraprestación monetaria alguna (especialmente en países donde las redes de cuidado formales no se encuentran desarrolladas), el cash for care abre oportunidades para que tales personas pudieran recibir una compensación por el costo de oportunidad que involucra no incorporarse al mercado laboral. En otras palabras, el mecanismo permite abrir opciones de empleo a los cuidadores informales, principalmente mujeres, que en el caso de Costa Rica ascienden a 464 mil personas excluidas del mercado por sus responsabilidades familiares.

Aunado a lo anterior, de manera más reciente los países están apostando por la provisión del telecuidado, entendido según Barlow et al (2007) como “el uso de la tecnología de la información y las comunicaciones para brindar atención sanitaria y social directamente al usuario (paciente)”. Este modelo se entiende como una opción más para atender las necesidades de los dependientes que califiquen dentro del mismo.

La presente ponencia destaca tres cosas a lo largo de su desarrollo. La primera comprende un análisis estadístico-descriptivo de dos poblaciones de interés en la estructuración general de la Red, su financiamiento y su provisión. La primera parte describe el perfil de las personas dependientes. En el primer caso, por razones evidentes, es importante conocer tanto el número de personas a las cuales la Red debería apuntar como sus características individuales, socioeconómicas y epidemiológicas. La segunda población de interés corresponde a las mujeres excluidas del mercado laboral, mismas que podrían encontrar en un esquema como el pago por cuidado una oportunidad para la generación de ingresos.

Un segundo bloque analítico contempla experiencias internacionales en materia de financiamiento y provisión de servicios en redes de cuidado para dependencia. Se contemplan acá temas relacionados con seguros de atención de largo plazo, copagos, pago por cuidado y teleasistencia. La ponencia detalla algunos retos y consideraciones especiales para Costa Rica.

Sobre la atención a largo plazo

Según la OCDE (2020: 6), el cuidado a largo plazo (CLP) se define como:

“...la atención remunerada para personas que necesitan apoyo en muchas facetas de la vida durante un período prolongado de tiempo, pero que no son provistas por un médico. El CLP puede ser necesaria como resultado de una discapacidad, condición crónica, trauma o enfermedad, y no tiene como objetivo cambiar la condición de salud, sino simplemente hacer que la condición actual sea más llevadera. El CLP incluye actividades de la vida diaria (AVD) como por ejemplo, comer, vestirse, bañarse, acostarse y levantarse de la cama o ir al baño, así como actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como por ejemplo preparar comidas, limpiar, lavar la ropa, tomar medicamentos, ir a lugares, ir de compras, administrar asuntos monetarios o usar el teléfono / Internet”.

Este concepto de cuidado es uno de las tantas definiciones que pueden adoptarse para dar pie a la discusión correspondiente en materia de cuidados. Sin embargo, es necesario aclarar que para el caso costarricense, el análisis se circunscribe a cuidados para **personas en condición de dependencia**. Según la Política Nacional de Cuidados 2021-2031 (2021), tres aspectos encadenados caracterizan a la persona en dicha condición. La primera es que la persona experimenta problemas para desarrollar actividades de la vida diaria como comer, levantarse y hacer su propio aseo. La segunda condición es que para poder desarrollar esas actividades, el dependiente recurra a una tercera persona. Finalmente, la tercera condición considera que, bajo dependencia, los requerimientos de un tercero deben tener condición permanente o ser necesarios durante periodos extensos. En vista de lo anterior, la misma Política define la dependencia, para el caso de Costa Rica, como “una situación permanente o prolongada en que vive una persona que ha perdido su autonomía física, mental, intelectual o sensorial, lo cual le impide realizar por sí misma, al menos una de sus actividades básicas de la vida diaria sin apoyo de otra persona, de manera prolongada en el tiempo” (IMAS, 2021: 33).

Resulta importante hacer notar una serie de aspectos derivados de la definición anterior. La primera es que no toda persona adulta mayor es una persona dependiente. Lo mismo sucede con las personas con discapacidad. En ambos casos, si bien existe un vínculo estrecho entre tales condiciones y la dependencia, su correlación no es uno a uno. Lo anterior implica que tanto los adultos mayores como las personas con discapacidad podrían ser autónomos y no requerir el apoyo del tercero para ejecutar sus AVD, no contando en tal caso dentro del grupo de dependencia. A su vez, infantes o personas jóvenes (menores de 35 años) bien podrían ser valorados dentro de ese grupo.

En segundo lugar, no obstante la existencia de una relación cercana entre la atención de largo plazo y la dependencia, desde una perspectiva de requerimientos y servicios necesarios, la segunda excluye los servicios **de salud dentro de su diseño. De tal forma, es preciso realizar la distinción entre servicios** sociales (los de relevancia desde la óptica del presente documento) y los **servicios sanitarios/médicos**.

Perfil de los hogares con personas dependientes

Esta sección presenta las principales características de las personas en condición de dependencia según información provista por el Estudio Base para la Caracterización de la Dependencia y el Cuidado en Costa Rica (EBC-2018) y la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (END-2018). Según datos presentados en la Política Nacional de Cuido (2021), la tasa de incidencia por dependencia en la población nacional (6 años o más) ascendería al 3.5% de dicha población, esto según la EBC. Por otro lado, si la dependencia se midiera a partir de la END, los resultados muestran que un 5.8% de la población de referencia “Recibe asistencia muchas veces o siempre” mientras un 3.8% “Recibe asistencia siempre”. Por segmento etario, la incidencia se mueve entre el 1.3% de las mujeres del grupo 15-24 años (la menor tasa nacional) y el 24.2% entre mujeres de 75 años o más. Es decir, una de cada cuatro mujeres y uno de cada cuatro hombres de 75 años o más tienen condición de dependencia. En total, si se utilizan los datos de la EBC (2018), en el país existirían 159,225 personas dependientes de las cuales 47,768 son dependientes graves.

Cuadro 1

Tasas de incidencia de dependencia por grupo etario, 2018

Rango de edad	Hombres	Mujeres	Total
6 a 14	4.0	3.8	3.9
15 a 24	2.3	1.3	1.8
25 a 34	2.0	1.5	1.8
35 a 44	1.8	2.2	2.0
45 a 54	2.3	2.9	2.6
55 a 64	3.6	4.7	4.2
65 a 74	6.8	6.9	6.8
75 y más	21.2	24.2	22.8
Total nacional	3.4	3.6	3.5

Fuente: PNC, 2021.

Vale recordar que la condición de adulto mayor y la de discapacidad no son suficientes para agrupar a una persona dentro de la categoría de dependiente, si bien existe una asociación cercana. Según los datos mismos provistos en la Política Nacional, un 35.2% de los adultos no posee dificultad alguna para implementar sus actividades rutinarias en tanto un 21.5% tiene dificultad en completar una actividad. Sobre los casos más complejos, la Política Nacional (2021:64) indica

Al analizar la necesidad de asistencia, se tiene que el 8,8% de los adultos recibía (pocas veces, muchas o siempre) asistencia para las ABVD. De estas, la mayoría necesitaba asistencia para caminar o subir gradas (81,5%) o para utilizar el servicio sanitario (58%). En relación con la intensidad, entre 24,2% y 37,9% dijo requerirla pocas veces. Como forma de aproximarse a la dependencia, se calculó la tasa de respuesta afirmativa de “apoyo siempre” o “muchas veces”, para las ABVD. Los resultados muestran que 5,8% de los adultos necesitó asistencia para alguna de las actividades y que el 3,8% la necesitó siempre. Entre los adultos mayores, las tasas se elevaron al 18,7% y 13,4% respectivamente.

Además, la información proveniente de la ENADIS (2018) muestra que, en Costa Rica, el 72,6% de personas en situación de dependencia (+18 años) experimentan discapacidad y enfermedades crónicas al mismo tiempo, porcentaje que se eleva al 94.6% entre mayores de 80 años.

En cuanto a sus características personales, las personas en dependencia son mayoritariamente mujeres (58.1%) que residen en zonas urbanas. De hecho, los adultos mayores, que a nivel nacional representan el 12.2% de la población residente en Costa Rica, significan la mitad de las personas en dependencia. Aún así, cabe recordar que uno de cada seis integrantes de este grupo es infante o joven según la normativa costarricense. En cuanto a su estado civil (importante por

cuanto el 90% del cuidado informal lo brindan las parejas respectivas), un 43.5% se encuentra casado o en unión de hecho y un 46.7% es jefatura de hogar.

Cuadro 2

Características individuales de las personas en condición de dependencia

Sexo	% del total
Hombre	41.9
Mujer	58.1
Edad	% del total
6-35	15.7
36-65	36.5
66 en adelante	47.8
Zona residencia	% del total
Rural	27.6
Urbano	72.5
Estado conyugal	% del total
Casado(a) o Unión de hecho	43.5
Divorciado(a)/Separado(a)/Soltero(a)/ Viudo(a)	51.2
Nacionalidad	% del total
Costa Rica	94.3
Nicaragua	5.1

Fuente: Estimaciones con base en Encuesta Nacional de Cuidados.

A nivel socioeconómico, las personas dependientes suelen experimentar una condición en desventaja respecto al promedio nacional. Por ejemplo, mientras en el 2019 la población nacional en condición de pobreza (extrema o no extrema) ascendió al 23.9%, entre personas con dependencia dicho porcentaje se elevó al 30.7%. Además, sólo un 12.4% se encuentra ocupado. A nivel educativo, un 78.4% de las personas dependientes tienen primaria completa o menos (48.6% a nivel nacional), un 18.2% tiene secundaria y tan sólo un 3.4% posee educación terciaria. Eso sí, en cuanto al aseguramiento con seguro de salud, los dependientes poseen mucho menores tasas de desprotección (6% versus 14.9%) gracias a su condición de pensionado (35.4%), al apoyo del seguro cubierto por el Estado (22.5%) y a la cobertura como familiar asegurado directo (21.7%).

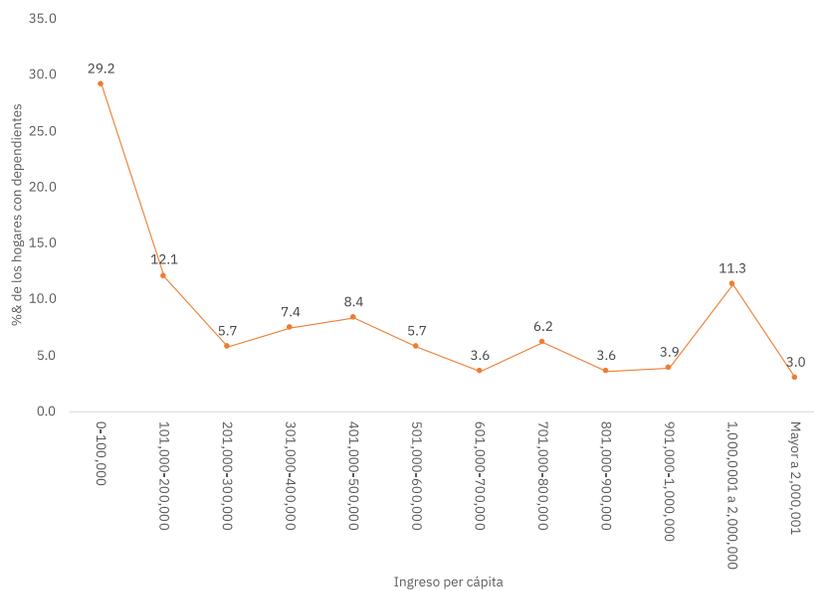
Un tema central dentro de la discusión del financiamiento de la Red de Cuido (por su incidencia en los mecanismos de copago contemplados en la PNC) se refiere a la composición de los hogares respectivos y a la generación de ingresos. En promedio, los hogares con dependientes poseen 3.2 miembros con un 15% de los mismos teniendo menores de edad (0-12 años) mientras un 61.8% posee al menos un adulto mayor. En un 4% de ellos convive un adulto mayor y un infante al mismo tiempo. Este porcentaje es importante por cuanto ambas redes de cuidado han considerado el establecimiento de mecanismos de co-financiamiento y por lo tanto para un hogar con infantes y adultos mayores, el cuidado podría representar una doble erogación difícil de

incorporar en los presupuestos familiares. Un aspecto adicional de relevancia para el tema en mención es que un 25% de los hogares con dependientes tiene 2 o más personas en dicha condición.

A nivel laboral, resulta importante anotar que en cerca de un 42% de los hogares no residen personas que laboren, habiendo en un 37.7% adicional sólo una persona ocupada. En un 75% de los casos, los dependientes reciben apoyo económico de al menos dos personas pero en un 11.1% de los mismos no existe ningún apoyo externo. De igual manera, un 11% del sustento recibido por las personas en condición de dependencia proviene de familiares o amigos que residen fuera del hogar.

Propiamente en materia del ingreso per cápita de los hogares con dependientes, cerca de un 30% de los mismos experimentan ingresos por persona por debajo de los ₡100 mil colones al mes en tanto un 47% recibe ₡300 mil colones o menos. Al otro extremo del espectro se ubican los hogares con un millón de colones o más per cápita. Acá se encuentra a uno de cada siete familias.

Gráfico 1
Distribución de hogares con dependientes por ingreso per cápita

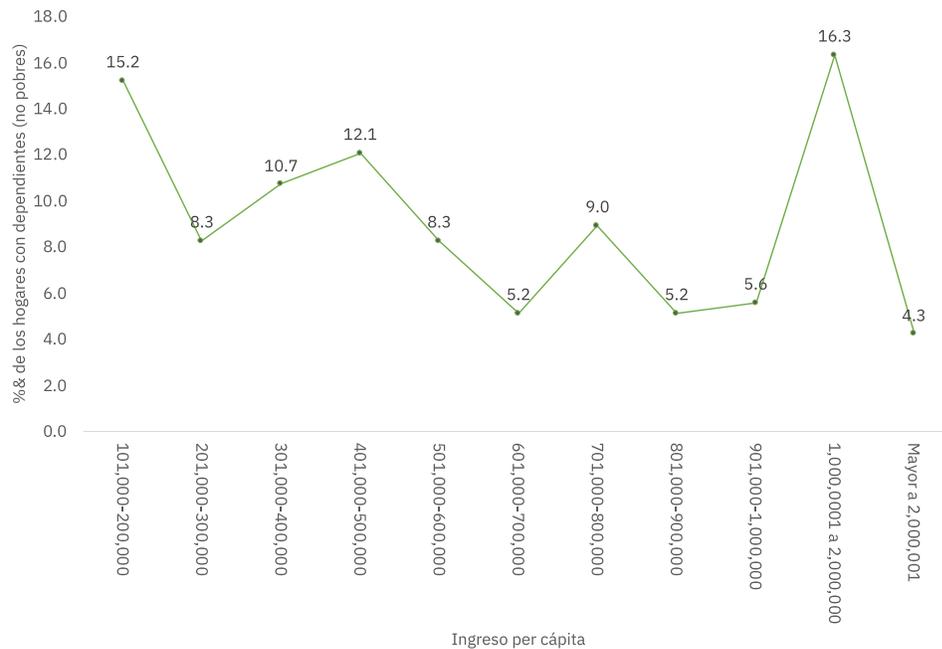


Fuente: Elaboración propia con base en EBD.

En el caso propiamente de los hogares no pobres, uno de cada cinco hogares tiene un ingreso por persona superior al millón de colones por mes mientras un 23.5% adicional se ubica en el rango entre ₡101 mil y ₡300 mil colones per cápita.

Gráfico 2

Distribución de hogares con dependientes por ingreso per cápita (no pobres)



Fuente: Elaboración propia con base en EBD

Finalmente, en cuanto a su perfil epidemiológico, los datos revelan que únicamente un 1.9% de las personas en situación de dependencia no poseen enfermedades crónicas. De los que poseen tal condición, el 57.7% ha sido diagnosticado con dos enfermedades crónicas, el 15.1% con tres y el 10.9% con cuatro afectaciones crónicas. Además, uno de cada diez personas dependientes tiene 5 o más enfermedades crónicas. En general, el perfil de los dependientes en materia sanitaria indicaría que:

- El 56.7% tiene 60 o más años
- El 97.8% son enfermos crónicos
- El 89% tienen alguna condición de discapacidad

Cuando se analiza la combinación de alguna de las tres características anteriores, entonces la población en dependencia reflejaría los siguientes patrones:

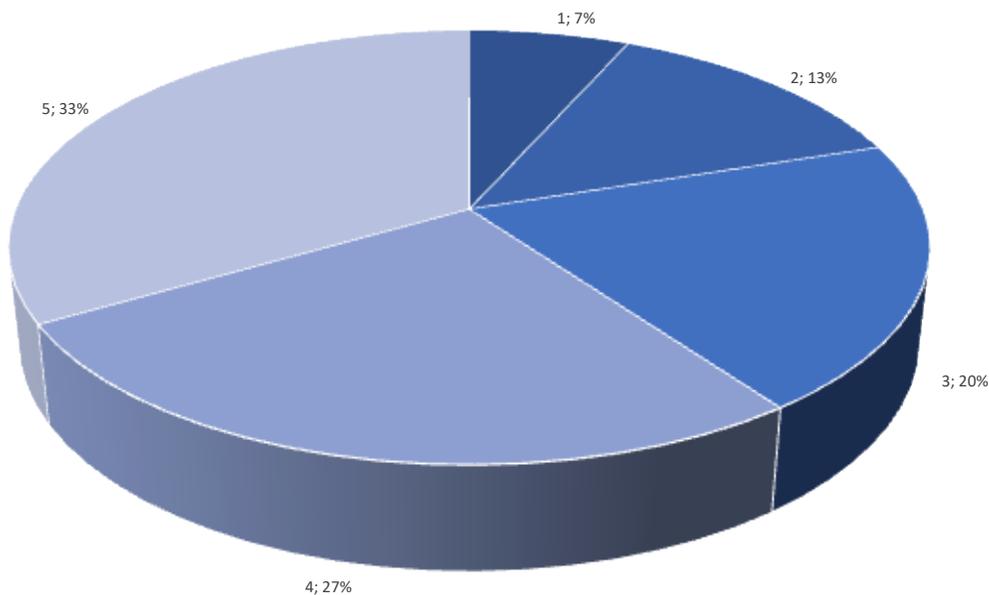
- Mayores de 60 enfermos crónicos y con discapacidad: 50.5%
- Mayores de 60 que son enfermos crónicos: 56.4%
- Mayores de 60 con condición de discapacidad: 50.7%
- Menores de 60 enfermos crónicos y con discapacidad: 36.4%

- Menores de 60 enfermos crónicos: 41.4%
- Menores de 60 con discapacidad: 38.3%

Propiamente en materia de dependencia, en cuanto a la cantidad de actividades de la vida diaria (AVD) en las que la persona tiene dificultad para operar plenamente, un 25.8% de dicha población asegura tener complicaciones para ejecutar cinco AVD, siendo este el número más elevado. En total, un 58.8% de los dependientes tienen dificultades para ejecutar 3 o más actividades. Cuando la valoración se hace desde la cantidad de dificultades permanentes, entonces los datos muestran que un 11% de las personas en dependencia no tendrían tal situación en tanto un 82.3% tiene entre 1 y 4 dificultades permanentes.

Gráfico 3

Distribución de dependientes según número de AVD con problemas



Fuente: Elaboración propia con base en EBD.

Perfil de las mujeres con responsabilidades familiares

Tal y como se comentó en la introducción, en Costa Rica existe un elevado número de mujeres que, por sus responsabilidades familiares, no pueden trabajar remuneradamente o al menos buscar activamente un empleo. En este apartado se les denominará **mujeres fuera de la fuerza laboral por tener obligaciones familiares** (FFL-0) y su perfil se desarrollará con base en la ENAHO 2020. Los resultados deben considerarse un aproximado al perfil de la verdadera cuidadora de personas en dependencia por cuanto este grupo, además de velar por este grupo, también podría estar excluido por cuidado de menores de edad no considerados dependientes en la acepción que esta ponencia considera. La existencia de mecanismos como el pago por cuidado,

sin embargo, abre una posibilidad de mantener sus funciones de apoyo a personas dependientes mientras recibe una asignación monetaria.

Según la Encuesta de Hogares 2020, un total de 463,985 mujeres se encuentran FFL por compromisos familiares que le impiden buscar empleo activamente. Del total de mujeres en dicha condición, lo anterior representó un 45.5% del total. Esta cifra difiere sustancialmente de los hombres que se encuentran en la misma situación y que se elevó a 14,301 personas en ese mismo año. Sólo 3 de cada 100 hombres se apartan del mercado laboral por razones familiares.

En un plano individual y en comparación con todas las mujeres FFL, aquellas con obligaciones familiares suelen ser más jóvenes (44 años) con un 25% de ellas teniendo menos de 33 años. Asimismo, una de cada ocho mujeres FFL-O es migrante extranjera. En cuanto a su lugar de residencia, el grupo de mujeres con responsabilidades familiares tiende a vivir de una forma más dispersa desde la perspectiva geográfica. Así, mientras un 52.3% de las mujeres FFL vive en la Región Central urbana, entre mujeres con responsabilidades ese porcentaje se reduce a 44.1%. Fuera de este ámbito, las mayores concentraciones de mujeres FFL-O se dan en las regiones Central rural (11.9%), Huetar Norte rural (7.5%) y Brunca rural (6.3%).

Cuadro 3

Características individuales de mujeres del grupo FFL-O y FFL, 2020

Característica	FFL con responsabilidad	Todas las mujeres FFT
% residencia zona urbana	63.4	71.0
% Región Central	56.00	62.23
Edad media	44.1	47.2
Tamaño medio hogar	4.1	3.7
% son jefas de hogar	20.1	26.5
% migrante externa	12.1	8.5
% discapacidad	4.5	13.1

Fuente: Elaboración propia.

La composición del hogar deviene en un aspecto crítico en el análisis del copago por múltiples razones. En primer lugar, porque la co-existencia de adultos mayores con infantes menores de 13 años en un mismo hogar (no pobre) podría comprometer la capacidad financiera de los mismos y su acceso a los servicios de ambas redes (infantil y dependientes) en caso de prosperar la implementación de copagos en ambos casos¹. Segundo, pertenecer al grupo de FFL podría abrir un espacio de trabajo en un modelo de pago por cuidado como el que se contemplaría más adelante. Tal estrategia permite a las mujeres asumir un rol de cuidadora a la vez que recibe un pago por parte del Estado o del beneficiario, según el diseño finalmente seleccionado. Hoy día, según ha sido relatado por autores como Matus (2019), la mayoría de los servicios de cuidado se proveen en condiciones de “informalidad” donde la cuidadora no percibe remuneración alguna por tales servicios.

¹ Debe recordarse que el Gobierno desea aplicar un modelo de copagos en la Red de Cuido Infantil.

En torno a lo anterior, según se observa en la tabla anterior, los hogares de mujeres FFL-O tienen, en promedio, 4.1 miembros (3.7 miembros entre mujeres FFL) y en un 20% de los casos la mujer funge como cabeza de hogar. Además, sólo en un 39% de los casos donde la mujer es cabeza de hogar posee condición de casada o unión libre. Los datos respectivos indican que un 22% de las mujeres excluidas del mercado laboral por responsabilidades familiares viven con al menos un adulto mayor y en un tercio de esos casos la cantidad de adultos mayores es de 2 o más personas. Al mismo tiempo, el 53.6% de estas mujeres conviven con al menos un infante entre 0 y 12 años, rango de edad meta de la Red de Cuido Infantil. En uno de cada cuatro casos, la mujer vive con 2 o más menores de edad.

Cuando la información se traslada a las mujeres FFL-O que son jefas de hogar, los números, porcentualmente hablando, suelen ser comparativamente mayores. De esta forma, de las 92,852 mujeres en esta categoría, 63,788 conviven con al menos un adulto mayor o un menor de edad (68.7%) y 19,253 lo hacen con adultos mayores (20.7%) pero sin infantes.

Otro grupo de interés dentro de la discusión de la red de cuidado y su financiamiento es el de personas con discapacidad. Según la ENAHO 2020, existen en el país poco más de 410 mil personas en dicha condición (un 8% de la población total) de las cuales 42% experimentan limitaciones para caminar o subir gradas, un 20% posee limitaciones visuales y un 12.6% tiene complicaciones auditivas. Por grupo etario, los adultos mayores con 65 o más años y con discapacidad representan un 43% del total nacional, teniendo una tasa de incidencia del 28.3% (equivalente a 177,234 personas). En contraste, la incidencia entre menores de 13 años asciende al 2.6% de dicha población (22,132 menores).

Cuando se considera la vinculación entre mujeres FFL-O y las personas con discapacidad, un 20.8% habita con al menos una persona con discapacidad. Esta estructura es muy similar en el caso de jefaturas de hogar donde 21.5% de estas mujeres tienen un miembro de familia en condición de discapacidad. Nótese que un 4.5% de las mujeres FFL-O (20,753 personas) experimentan, ellas mismas, una discapacidad.

En cuanto a su perfil socioeconómico y acceso a servicios de protección social, las mujeres FFL-O se encuentran entre los grupos fuera del mercado de trabajo con mayor incidencia de pobreza. Así, mientras la tasa de pobreza total (extrema y no extrema) asciende al 32.7% entre todas las mujeres FFL, entre aquellas con responsabilidad familiar ese mismo se ubican en 36.8%. La diferencia se amplía cuando la valoración se centra entre mujeres FFL que son jefas de hogar, en cuyo caso aquellas excluidas por responsabilidad familiar experimentan un 44.7% de pobreza mientras la incidencia de su par general es 32.6%.

Cuadro 4
Incidencia de pobreza en mujeres FFL, por subgrupo

Grupo	Total		Sólo jefas de hogar	
	FFL-O	FFL total	FFL-O	FFL total
Pobreza extrema	10.9	8.6	15.4	8.6
Pobreza no extrema	25.9	24.1	29.2	24.0
No pobre	63.2	67.4	55.3	67.4

Fuente: ENAHO 2020.

La escolaridad media de las FFL-O es ligeramente menor que el grupo FFL completo (7.6 versus 7.9 años). Esta diferencia educativa se observa de mejor forma cuando se contempla que, en términos de último año escolar alcanzado, poco más de la mitad de las mujeres FFL-O tienen a lo sumo primaria completa, porcentaje que contrasta con el 45.6% de las mujeres FFL. Al otro extremo del espectro académico, un 7.6% de las mujeres FFL-O han cursado al menos un año a nivel universitario en contraposición al 13.1% de las FFL. Para el caso que nos atañe, un 16.4% de las mujeres con responsabilidad familiar no ha completado educación primaria y un 25.5% tienen secundaria pero incompleta. Esto totaliza 194,227 mujeres.

Si la referencia se enfoca al acceso a seguridad social, el 18.3% de las FFL-O no poseen seguro de salud en ninguna de sus modalidades. En total, son 84,930 mujeres en dicha condición. De las que se encuentran cubiertas por este seguro, un 64% lo obtienen vía familiar asegurado directo.

¿Cuánto cuesta la universalización de la Red de Cuido para personas dependientes?

La estimación del costo total de los servicios de Red de Cuido para dependientes pasa por un conjunto de variables, supuestos y componentes que permiten construir “el caso”. En lo puntual, es importante contemplar el tamaño de la población dependiente, el paquete de servicios a otorgar y el costo unitario por servicio.

Tamaño de la población dependiente

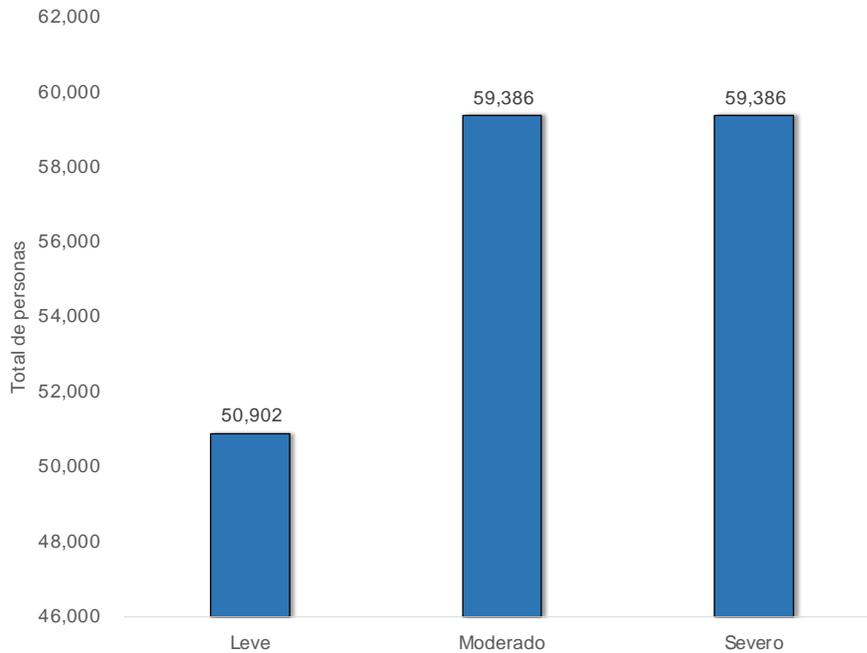
Según datos derivados al Encuesta Nacional de Dependencia, la tasa de incidencia nacional de dependencia se estima en 3.5% de la población de 6 años o más. Tomando como base la población estimada para el 2021, esto supondría que la cantidad de personas en condición de dependencia ascendería a las 169,673 personas (en dicho grupo de edad). Siguiendo los lineamientos establecidos en la PNC 2021-2031, se calcula que un 30% de esta población es

² Según INEC, la misma se calcula en 4,724,731 personas en ese rango etario

dependiente severa, un 35% es dependiente moderado y otro 35% es dependiente leve. Aquellas personas con dependencia severa y moderada serían los grupos meta de la política.

Gráfico 1

Número de personas en situación de dependencia, por nivel de severidad



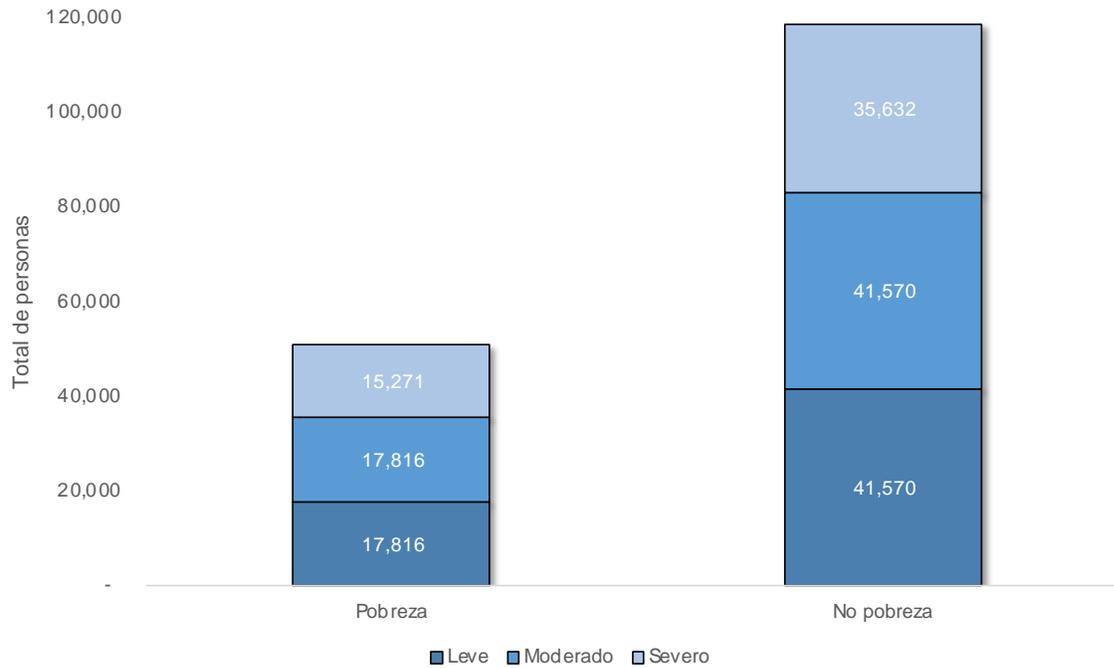
Fuente: Estimaciones con base en PNC e INEC.

Adicional a ello, se calcula que cerca de un 30% de la población en dependencia vive en condición de pobreza, esto según datos de la misma Encuesta de Dependencia. Esta división es importante de tomar en cuenta para los fines de financiamiento de la Red por cuanto el grupo en condición de pobreza sería cubierto con impuestos generales y excedentes de la Junta de Protección Social mientras que los segmentos no-pobres tendrían a su haber opciones como los seguros sociales de cuidado a la dependencia, el copago y una parte pequeña de impuestos generales mismos que complementarían el cofinanciamiento mismo.

En síntesis, la población de dependientes ascendería a las 50,902 personas en condición de pobreza y a las 118,772 personas por encima de dicha situación. Considerando que la población leve no entra en el alcance de la estimación financiera, entonces la población pobre sujeta de cobertura se eleva a 33,086 personas (17,816 moderados y 15,270 severos) mientras el grupo dependiente no-pobre comprende 77,202 personas de las cuales 41,570 son moderadas y 35,632 son severas. En cuanto a la distribución por sexo, se estima en 15,982 mujeres dependientes pobres y 17,104 hombres dependientes pobres en tanto se calcula que existen 37,291 hombres dependientes no pobres y 39,910 mujeres dependientes en la misma situación socioeconómica.

Gráfico 5

Cantidad de dependientes por nivel de complejidad y condición socioeconómica



Fuente: Estimaciones con base en PNC e INEC.

Servicios otorgados

Según los lineamientos establecidos en la PNC 2021-2022, el denominado **Modelo Base de Atención (MB)** se define en torno a cuatro servicios: asistencia domiciliaria, centros de atención diurna, telecuido y centros residenciales. La asistencia domiciliaria comprende 80 horas de cuidado en la vivienda del beneficiario mientras los centros de atención diurna se orientan a dependientes moderados y graves que durante el día se trasladan a un sitio que provee los servicios y en la tarde-noche regresan a su hogar. Los centros residenciales son estancias orientadas a casos severos de dependencia. Finalmente, el telecuido representa una de las novedades de la propuesta representando el mismo un servicio a distancia donde un operador instruye a la persona en dependencia sobre como proceder en determinadas situaciones o actividades. La cobertura y provisión de cada servicio se detalla a continuación:

Cuadro 5

Paquete de servicios según MB y severidad de la dependencia

Servicio	Moderado	Severo	Cobertura población meta
Asistencia domiciliaria		✓	80% de las personas dependientes graves
Centros de atención diurna	✓	✓	Se extiende al 20% de las personas dependientes con mayor gravedad para el 2050.
Teleasistencia	✓	✓	100% de personas dependientes graves y 70% de moderados
Centros residenciales		✓	Hasta el 10% de personas usuarias con teleasistencia o atención domiciliaria

Fuente: Elaboración propia con datos del PNC 2021-2031.

Para fines del presente documento, el costo se estima bajo el supuesto de cobertura universal para cada uno de los grupos de población dependiente y los cuatro servicios del MB, según detalle brindado anteriormente. Debe entenderse que la cobertura universal se limita al grupo de interés ajustado por un parámetro de cobertura según columna 4 del cuadro anterior. Por ejemplo, la asistencia domiciliaria se brindaría a personas con dependencia severa pero se asume que será finalmente brindada al 80% de ese grupo; el restante 20% estarían cubiertas por otros servicios.

Costos unitarios

La presente estimación hace uso de los costos unitarios identificados en la PNC y que se sintetizan en el Cuadro 6. Cabe considerar que tales valores son producto de un promedio aplicado a cada uno de los servicios según una compilación de costos entre proveedores de diversa naturaleza o por referencia internacional (caso de la teleasistencia). En aras de analizar una eventual sensibilidad a cambios en los costos, el ejercicio contempla valores extremos provenientes del mismo trabajo de campo desarrollado por Matus-López (2019) del cual se alimenta la PNC.

Cuadro 1

Costos unitarios por tipo de servicio (colones por mes)

Servicios	Costo de referencia	Costo extremo inferior	Costo extremo superior
Asistencia domiciliaria	148,810	119,048	175,571
Centros de atención diurna	118,957	92,000	145,914
Teleasistencia	16,300	14,993	17,607
Centros residenciales	639,739	456,760	822,717

Fuente: Política Nacional de Cuidados, 2021-2031.

Costos totales

Como es usual, el costo total del programa se calcula utilizando la ecuación

$$\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^m PO_i * PATC_i * CU_j * 12$$

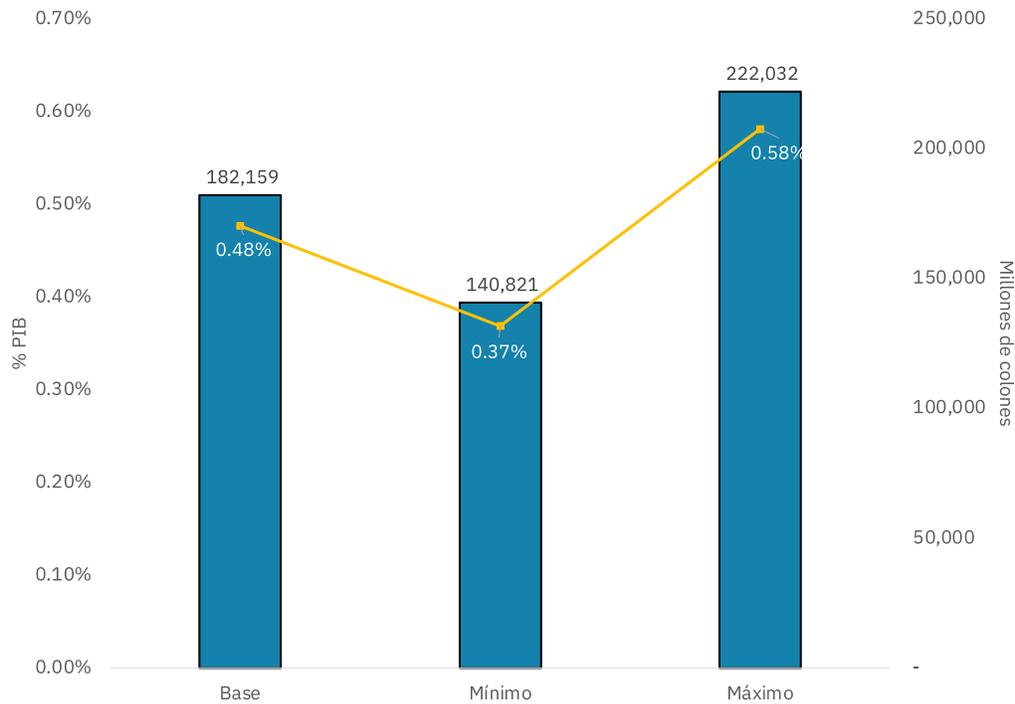
El costo total es la suma de los costos específicos de cada uno de los n grupos de dependientes (moderados y severos) para los m servicios incluidos en el MB por el costo unitario de cada servicio j. A cada grupo se le aplica el factor de ajuste específico de alcance de cada intervención.

El costo en el escenario base (costos unitarios promedio) asciende a ₡182,159 millones de colones, **cifra que equivale al 0.48% del PIB 2021** proyectado por el Banco Central de Costa Rica (BCCR). Este valor asume que los costos unitarios, provenientes del 2018, se mantienen iguales y por lo tanto los proveedores de servicios serían remunerados a ese monto nominal. Si se utilizase el PIB 2018 como punto de referencia, la cifra subiría a algo cercano al 0.51% del PIB, eso si, sin modificar la población atendida en el 2021. **De igual manera, si se asume un 10% de costo administrativo, entonces el costo total de la Red ascendería a 0.52% del PIB.** Considerando los cálculos elaborados por Pacheco y Elizondo (2019) para la Red de Cuido Infantil que estiman en 2.7% del PIB el costo de universalizar dicho segmento, entonces se concluye que **el país precisaría de algo cercano al 3.2% del PIB para alcanzar universalidad en Red de Cuido Infantil y aquella para Dependientes.**

Los escenarios alternativos muestran una relativa alta sensibilidad antes modificaciones en los costos unitarios. Si, por ejemplo, los costos respectivos fueran los menores valores encontrados por el estudio de López-Matus anteriormente mencionado, entonces el costo total se posicionaría en los ₡140,821 millones o 0.37% del PIB. Esto significaría una reducción del 22.7% en relación con el escenario base. Por el contrario, el uso de los costos unitarios mayores brindaría cifras del orden de los ₡222,032 millones o 0.58% del PIB. Esto, en otras palabras, implica un aumento del 21.9% respecto al punto base.

Gráfico 6

Costo estimado de cobertura universal por escenario



Fuente: Elaboración propia.

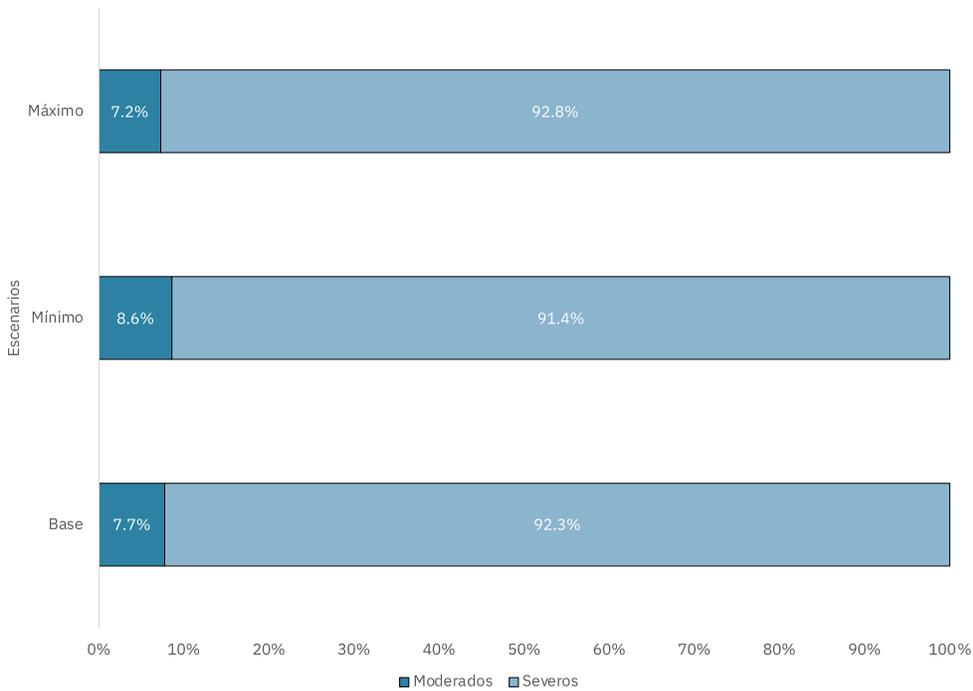
Tal y como fue comentado páginas arriba, la población dependiente pobre concentra un 30% de todas las personas en dicha condición. Por lo tanto, al estimar la participación por grupo socioeconómico, los datos muestran que las personas dependientes en pobreza representarían 0.14% del PIB [0.11%-0.17%³] y por lo tanto aquellas no pobres pesarían el 0.33% del PIB [0.26%-0.41%].

Dos consideraciones adicionales permiten explorar en detalle características del costo de una estrategia de cobertura universal para personas en dependencia. Primero, para cualquiera que sea el escenario considerado, el grupo de dependientes severos concentraría entre el 91.4% y el 92.8% de los costos totales, con un valor de su escenario base del 92.3%.

³ En paréntesis cuadrado, los valores de los escenarios con costos mínimos y máximos

Gráfico 7

Distribución del costo por escenario y complejidad del caso de dependencia



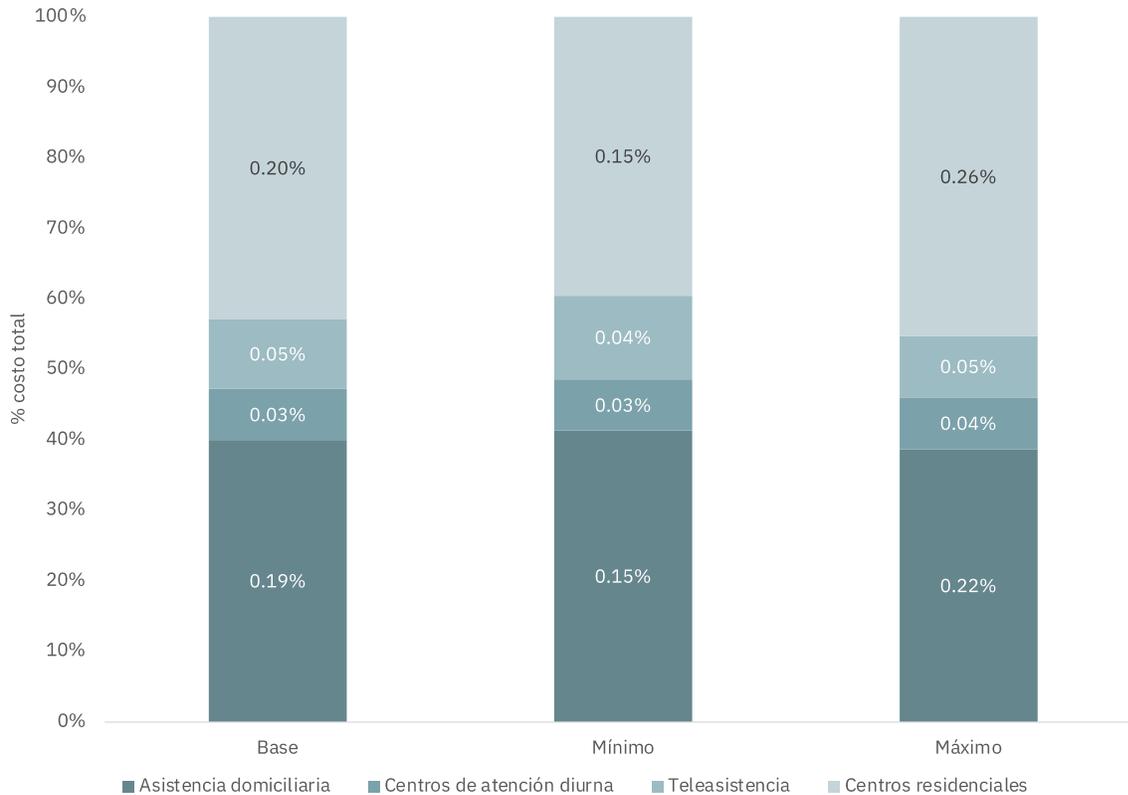
Fuente: Elaboración propia.

Por último, el servicio de más peso relativo en los gastos proyectados varía dependiendo del escenario considerado. En el escenario base, los Centros Residenciales y la Asistencia Domiciliaria dominan la estructura de costos con porcentajes del 42.9% y 39.9%, respectivamente. En términos del PIB, esto se traduce, respectivamente, en 0.20% y 0.19%. La teleasistencia representaría casi el 10% de los costos del modelo (0.05% del PIB).

Un patrón similar se observa en el escenario de costos unitarios máximos con la consideración que los Centros Residenciales subiría su participación en cerca de 2.4 puntos porcentuales respecto al escenario anterior (hasta 0.26% del PIB) mientras la Asistencia Domiciliaria y la Teleasistencia pierden peso relativo (a 0.15% y 0.04% del PIB). Sin embargo, al concentrar el análisis en el escenario mínimo, las variaciones asumidas en los costos unitarios nos conducen a una reestructuración de la estructura de costos al punto que la Asistencia Domiciliaria sería ahora la categoría de mayor peso porcentual (41% -0.15% del PIB-) mientras los Centros Residenciales alcanzarían su menor valor participativo (40% --). La teleasistencia repuntaría con el mayor incremento porcentual (2.1 puntos respecto al escenario base) y se ubicaría en un 12% del costo total.

Gráfico 2

Estructura de costos totales por tipo de servicio (% PIB)



Fuente: Elaboración propia.

Alternativas de provisión y financiamiento de servicios de cuidados para dependencia

La presente sección discute algunas innovaciones que, en materia de financiamiento y provisión de servicios, se han implementado en otras regiones del mundo. En cuanto a financiamiento, el documento presenta los casos de seguros de cuidado de largo plazo y copago mientras en materia de provisión se exponen el pago por cuidado (cash for care) y la teleasistencia.

Opciones en materia de financiamiento

Se discuten a continuación dos opciones de financiamiento poco exploradas en nuestro país, a saber, los seguros de cuidados y el copago.

Seguros de cuidados de largo plazo

Uno de los mecanismos de financiamiento que más se ha popularizado alrededor del mundo es el seguro de cuidados de largo plazo, mismo que se categoriza como una alternativa ex ante por cuanto la persona paga por el mismo previo a que cualquier condición de dependencia aparezca. Bajo un seguro de largo plazo, la persona paga contribuciones sociales o primas a entidades

privadas (según la naturaleza jurídica de la entidad aseguradora) quienes, a través de un contrato, se comprometen a cubrir determinados servicios de dependencia por un monto pactado previamente. El monto de la prima por pagar no depende del ingreso de la persona pero sí puede estar relacionado o dependiente de la edad o de condiciones de riesgo que eleven la probabilidad de ser dependiente en los próximos años. Por lo general, estos seguros de cuidados suelen cubrir los siguientes servicios:

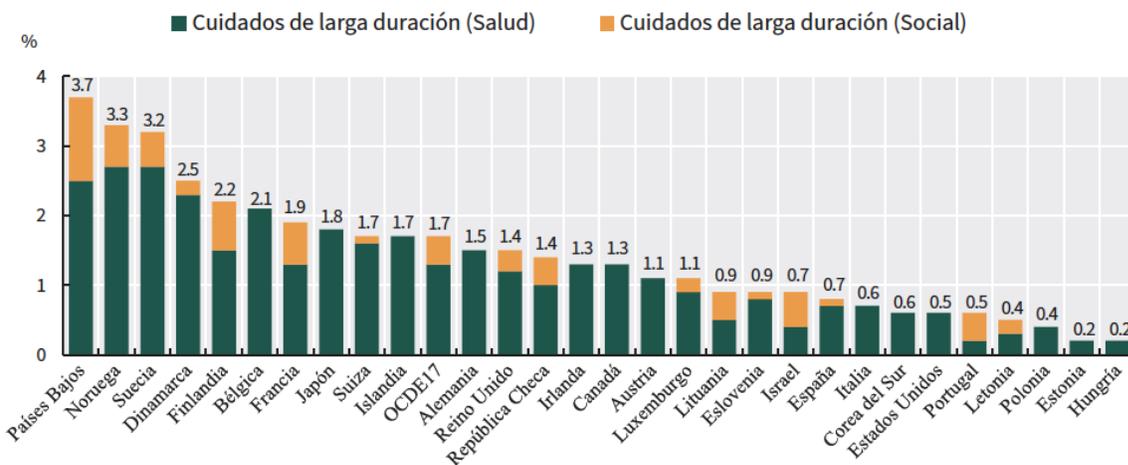
- Asistencia domiciliaria (tanto de apoyo individual como en labores domésticas)
- Servicios en centros diurnos
- Servicios de enfermería en el hogar
- Respiro para cuidadores
- Modificación espacial (infraestructura)
- Subsidios monetarios

Grosso modo, las fuentes relevantes de financiamiento de los cuidados de largo plazo con impuestos generales y el aseguramiento. Autores como Ikegami y Campbell (2002) indican como características del seguro ser esquemas más rígidos en cuanto a diseño de paquetes individualizados (algo que se logra en mayor medida con impuestos), con menores controles del gasto pero más transparentes sobre los beneficios a los cuales tiene derecho el dependiente. Además, los seguros tienen mayores incentivos a mejorar el desempeño de los servicios que prestan.

La experiencia internacional ha apuntado principalmente a las experiencias en países europeos y asiáticos. De manera general, la OCDE (2020a) estima que los gastos totales en cuidado de largo plazo promedian 1.5% del PIB (2018) con Holanda y los Países Escandinavos a la cabeza del mismo con asignaciones por encima del 3% del PIB mientras otros países como Polonia, Turquía, Grecia y Chile sus presupuestos no sobrepasan el 0.5% del PIB. En promedio, la Organización invierte US\$760 por persona (ajustado por diferencias en precios).

Un tema relevante se refiere a la distribución entre cuidados de largo duración para salud y aquellos de índole social. Sobre estos últimos (segmento amarillo en el siguiente gráfico), de nuevo son los Países Bajos, Noruega, Suecia y Dinamarca los que más invierten en dicho segmento de los cuidados con valores cercanos al 1% del PIB en promedio.

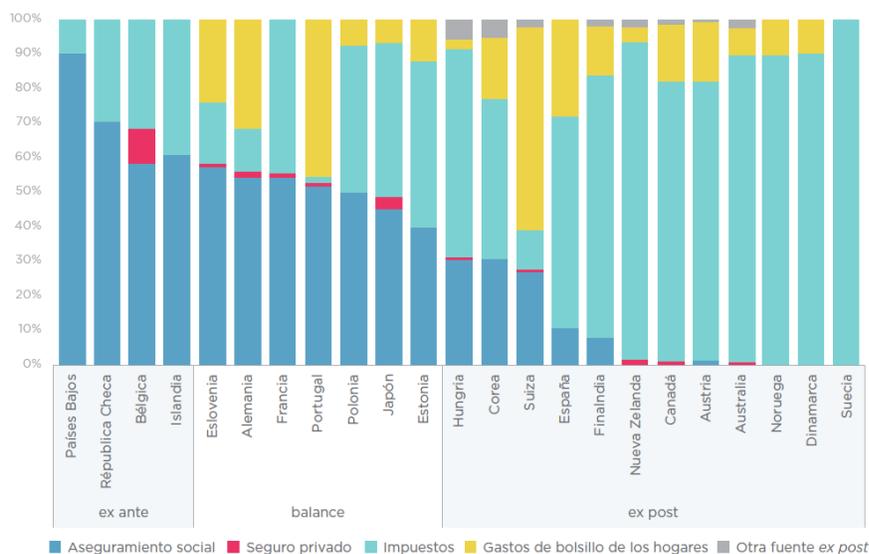
Gráfico 7
Estructura del financiamiento de apoyo a largo plazo



Fuente: IMAS, Política Nacional de Cuidados, 2021.

En materia de financiamiento, se estima que cuatro de cada cinco dólares asignados a servicios de cuidado provienen de fuentes públicas (impuestos o seguros). Por su lado, cuando se analizan las estructuras de financiamiento por país (Gráfico 5), la experiencia muestra que en naciones como los Países Bajos, la República Checa, Bélgica e Islandia, los seguros de largo plazo (públicos y privados) representan más del 60% del financiamiento del sector en tanto en países Nórdicos, Dinamarca y Noruega así como en Australia, es el financiamiento vía impuestos quien participa de forma mayoritaria con más del 90% de lo allí gastado en el sector (Medellín, 2019).

Gráfico 3
Estructura del financiamiento de apoyo a largo plazo



Fuente: Medellín, 2019 sobre la base de Costa-Font, Courbage y Swartz 2015.

Copago

El copago es un mecanismo de financiamiento en donde el usuario dependiente realiza un pago determinado por el servicio al cual está accediendo. Se le clasifica como “ex post” por cuanto la persona aplica la erogación al momento de requerir el servicio, es decir, una vez que ha emergido su situación de dependencia (Costa-Font, Courbage y Swartz, 2015). Por lo usual, el copago puede ser producto de dos objetivos, a saber, incrementar el nivel de financiamiento del sistema de cuidado o reducir comportamientos asociados a la sobre-utilización del sistema o su uso ineficiente. La literatura al respecto suele asociar la coparticipación financiera con efectos adversos en materia de uso, acceso y equidad en los servicios de salud (Wallace et al 2008; Wong et al, 2001; Timo R. Lambregts y C. J. A. van Vliet, 2018) y utilización de servicios de cuidado (Wouterse; Hussem y Albert Wong, 2018; Lin e Imanaka, 2020). En países como Suiza, Portugal y Alemania, los gastos de bolsillo (donde se incluyen los copagos) suelen representar una proporción muy significativa del financiamiento de la dependencia.

Desde su diseño propiamente dicho, los copagos suelen adoptar la forma de un monto fijo por tipo de servicio adquirido. Sin embargo, la experiencia internacional ilustra que esta no es la única forma que adopta el cofinanciamiento. Por ejemplo, Barnieh et al (2014) hacen un recorrido por mecanismos de copago en el sector sanitario en países de la OCDE y exponen que, si bien el monto fijo es el modelo más frecuentemente aplicado, existe un caso (Bélgica) donde el copago se establece como un porcentaje del valor del servicio (en este caso, despacho de recetas farmacéuticas). En países como Canadá, cada plan define su propio diseño, existiendo aquellos que aplican medidas mixtas (montos y porcentajes). Es práctica común también:

- Eximir del copago a personas que se consideran en desventaja socioeconómica
- Aplicar topes al copago total pagado por la persona
- Definir esquemas particulares para grupos con condiciones especiales como pacientes crónicos

Fundamentos del pago por cuidado (cash for care)

Naturaleza: Los programas estatales de cash for care (dinero por atención), ofrecen pagos en efectivos o cupones a las personas dependientes que requieren atención, pero en donde es preferible el otorgamiento directo del dinero en lugar del servicio en especie. Estos programas empezaron a ser comunes en los sistemas en las políticas sociales a partir de la década de los 90, en particular en el área de cuidados de largo plazo (Da Roit & Le Bain, 2010). Una de sus potenciales ventajas de los programas de pago por cuidado es el otorgamiento de libertad de escogencia a los beneficiarios (Timonen, Convery & Cahill, 2006). Con este fundamento, lo que se busca es permitir que las personas dependientes y sus familias elijan la modalidad de atención más adecuada así como los servicios que se ajustan a sus perfiles.

Fundamentos para su implementación: Arksey & Kemp (2008) han definido cinco precondiciones que deberían existir para que los beneficiarios de los programas de *cash for care* puedan elegir un paquete de cuidados. Los mismos se resumen a continuación:

- Los potenciales beneficiarios deben tener conocimiento de estos programas, lo que incluye tener claridad de los criterios de elegibilidad y cómo acceder a ellos.
- Las instituciones de servicios sociales deben asegurarse de que estén disponibles los servicios adecuados de asesoramiento, defensa y apoyo.
- Los beneficiarios deberían poder decidir por sí mismos si optan por la prestación de servicios convencionales en especie o pagos en efectivo por atención, bien o una combinación de ambos.
- El pago en efectivo por asistencia debería ser suficiente para que el usuario pueda adquirir un paquete de asistencia adecuado en el mercado de cuidados.
- Es imperante que exista un mercado de proveedores de atención que funcione, en el cual los beneficiarios puedan elegir su asistente personal y los servicios requeridos.

Libertad de elección: La elección está ligada a diferentes elementos del servicio, entre los que sobresalen si el servicio se provee a través de una entidad pública o privada. Suecia y los Países Bajos tienen estas configuraciones en sus modelos de *cash for care*. Otro elemento asociado a la “libre elección” es si el beneficio que reciben es directamente el servicio, si es solo en efectivo o bien si es una combinación de ambas modalidades. Alemania y los Países Bajos permiten esta elección a sus beneficiarios. Asimismo, es usual que se dé elección a los beneficiarios para definir el tipo y la cantidad de atención que reciben (Da Roit & Le Bihan (2010)).

Otras de las razones que se han utilizado para la introducción de este tipo de programas es la promoción de la independencia y autonomía de los dependientes. Suecia, Reino Unido y Países Bajos, han utilizado esta alternativa. Asimismo, se han implementado justificaciones basadas en el incremento del empleo en el mercado de cuidado, tal es el caso de Francia y Finlandia.

Población beneficiaria: En cuanto a la población beneficiaria, en la mayoría de los países analizados los programas de *cash for care* están abiertos para todos los dependientes sin establecer un criterio de edad, excepto Holanda, país donde la edad mínima establecida es los 60 años (más prueba de necesidades). Adicionalmente, algunos países si establecen criterios de selección basados en el nivel de severidad de la dependencia. Por ejemplo, en Suecia los beneficiarios del programa *Attendance Allowance* deben cumplir con un mínimo de necesidad de cuidados de 17 horas semanales.

Uso del beneficio: El uso del beneficio en efectivo también está regulado de manera diferente en cada país. Existen al menos 2 formas distintas de utilizar el efectivo recibido. En Francia, los Países Bajos y Suecia, el dinero se utiliza solamente para un paquete específico que define servicios y horas de atención a ser provisto por un proveedor personal, institucionalizado o familiar (excepto el/la cónyuge). Administrativamente, este modelo es más complejo de gestionar por cuanto todos los gastos deben justificarse, prácticamente en su totalidad (en el caso de los Países Bajos se puede utilizar a discreción el 1.5% del beneficio). Por el contrario, en los programas de *cash for care* de Alemania, Italia y Austria los usuarios tienen total libertad para gastar sus beneficios.

Otra tendencia en los esquemas de *cash for care* es permitir que los dependientes contraten a sus familiares para que los provean de cuidado. En Francia se restringe a familiares diferentes del cónyuge y en el Reino Unido pueden ser familiares pero que no residan en el mismo hogar del beneficiario. Asimismo, en muchos de los países se da la libertad de elegir entre proveedores públicos o privados, como es el caso de los Países Bajos y Suecia. En los Países Bajos y el Reino Unido se puede adquirir el servicio de un proveedor formal o informal, pero en ambos casos se debe establecer un contrato formal.

Teleasistencia

Según Cárdenas (2016), “la Teleasistencia es un servicio Preventivo de Asistencia Domiciliaria, inmediata y permanente, para la atención de las Personas Mayores, personas discapacitadas o con elevado nivel de dependencia, que satisface y moviliza los recursos tecnológicos y sociales necesarios para resolver cualquier situación de necesidad o emergencia y que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los usuarios facilitando el contacto con su entorno social y familiar y asegurando la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas para proporcionar seguridad y contribuir decisivamente a evitar ingresos innecesarios en centros residenciales”. De forma parecida, Medellín (2019: 1) indica que la teleasistencia “consiste en la aplicación de tecnologías de información para monitorear de manera constante a la persona con dependencia y asegurar una respuesta oportuna en caso de emergencia”.

Barlow et al (2007) resumen en tres las funciones generales de los sistemas de teleasistencia, siendo estas: 1) Vigilancia de la seguridad y la protección en el hogar, 2) Seguimiento de los signos vitales, e 3) Información y apoyo proporcionado por teléfono e internet. Como tal, la teleasistencia es un servicio que no sustituye los servicios de apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Según la literatura internacional, los paquetes de teleasistencia para apoyar la condición de dependencia suelen contemplar servicios como 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 (Medellín, 2019). De una forma más puntual, la teleasistencia podría incluir servicios como:

- Información y asesoramiento telefónico
 - Apoyo a la comunicación
 - Apoyo domiciliario
 - Atención higiénica
 - Atención sanitaria preventiva (no médica)
 - Apoyo psicosocial
 - Primeros auxilios

- Apoyo y coordinación con otros servicios como el 911, bomberos y Cruz Roja en caso de emergencia
- Servicios informativos sobre “envejecimiento activo” tales como actividades socioculturales
- Atención en el domicilio en caso de que el paquete opte por servicios con unidad móvil. Los servicios móviles no corresponden a servicios médicos ni de ambulancia.

En cuanto a la población que podría ser beneficiaria del subsidio de teleasistencia, el perfil incluye una condición moderada o severa de dependencia, residente en el país, con 15 años o más de vida y disponibilidad de servicios de telecomunicaciones, incluyendo Internet. Algunos sistemas de teleasistencia tienden a introducir algunas variantes a los requisitos antes contemplados. Por ejemplo, en Uruguay, la persona debe contar con al menos 10 años de residencia en el país y 70 o más años. Según el Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de los Adultos Mayores en la Región (ND), los programas de telecuidado podrían aplicar sesgos positivos en favor de determinados grupos de personas en dependencia al momento de optar por su priorización en cuanto a la designación de beneficiarios. En lo puntual, estos grupos podrían comprender:

- Personas que viven solas o pasan gran parte del día sin compañía
- Personas con aislamiento geográfico o desarraigo social.
- Dependientes que experimentan riesgos causados por la avanzada edad
- Personas con discapacidad.
- Familiares y/o cuidadores informales.

Algunas consideraciones sobre el desarrollo futuro de la Red

El Gobierno de la República publicó su Política Nacional de Cuido 2021-2031 en marzo anterior como una primera fase hacia una cobertura universal al 2050. Para avanzar en las metas propuestas, una importante lista de reformas deberán ser incorporadas en los siguientes años en el diseño.

- **Revisión de la legislación:** se precisa una revisión integral de la legislación en pie, en particular aquella que promueve una fragmentación del sistema y hace complicado su manejo integral. La creación de una Secretaría Técnica, como la Red Infantil, es necesario para coordinar muchas de las acciones de los múltiples agentes involucrados.
- **Red de Cuido y regla fiscal.** La regla fiscal de actual aplicación es un determinante fundamental de la factibilidad de implementar la PNC. Varios problemas operativos podrían surgir al momento de implementar un programa formal al respecto que busque incrementar la cobertura de la población meta. El primero es el monto en el “año 0” que le sería permitido. Si no existe una excepción explícita de ley a la aplicación de la regla fiscal a la Red, el IMAS se vería en la obligación de acomodar el nuevo rubro dentro de sus gastos regulares, lo cual

implicaría congelar o recortar programas ya existentes. En caso de que la ley eximiera a la Red de la regla, esta consideración podría cobrar dos aspectos. El primero es una excepción de entrada para no afectar a los demás programas, periodo después del cual se obliga al programa de cuidados a cumplir la norma fiscal. En este caso, el problema radica en los años subsiguientes donde la cobertura se limita al margen que defina la regla. Esto, para contextualizar, significaría un aumento de 100 nuevos beneficiarios por cada 5,000 personas ya cubiertas, ritmo que definitivamente alargaría en demasía la meta de la universalidad. De tal manera, únicamente una eliminación permanente y completa permitiría a la PNC avanzar al ritmo planeado, previa creación del espacio fiscal necesario.

- **Diseño e implementación de seguro de cuidados de largo plazo.** El seguro de cuidados se visualiza como una de las medidas más atractivas para elevar el financiamiento en el segmento de cuidados. Es preciso iniciar el debate a partir de planteamientos técnicos y bases actuariales si bien la CCSS pasa en estos momentos por discusiones en pensiones y salud que podrían opacar un poco la viabilidad de dicha propuesta. Es importante buscar el momento adecuado para la discusión política si bien el análisis técnico puede irse adelantando.
- **Establecimiento de un esquema de copagos para personas que no están en condición de pobreza.** Si bien el copago suele considerarse una medida que atenta contra aspectos como acceso y cobertura a servicios sociales, en un contexto fiscal restrictivo como el actual (que, además, prevalecerá por al menos la presente década) la idea podría resultar en una medida adecuada para extender la cobertura de la Red de Cuido de dependencia. En ese sentido, resulta necesario considerar que el cofinanciamiento es, a su vez, un gasto de bolsillo del dependiente, pero la recepción de un subsidio por parte del Estado, aspecto muchas veces pasado por alto. El copago debería considerar las diferencias de severidad de los casos teniendo como población beneficiaria aquella que se ubica por encima de la línea de pobreza.
- **Estandarización del paquete de servicios financiados por entre las distintas instituciones y proveedores, reconociendo las condiciones particulares de cada dependiente y la complejidad de las instancias proveedoras.** A esto se agrega la necesidad de definir e implementar protocolos de calidad sobre los cuales tales servicios puedan ser evaluados.
- **La Red como promotor de empleo femenino.** Los números son claros en reflejar que es la mujer quien lleva sus espaldas el cuidado de familiares en condición de dependencia. Esto afecta en mucho su posible incorporación al mercado laboral. En ese sentido, el mecanismo de pago por cuidado podría resultar una alternativa importante para vincular los servicios de cuidado con mayores oportunidades laborales para las mujeres. Esto, al menos, en cuanto a generación de ingreso. El tema, sin embargo, no termina allí por cuanto existe un amplio debate sobre la calidad de ese empleo en términos de aseguramiento social, derechos laborales y pago de salarios mínimos. Si bien el punto de partida parece ser una alternativa atractiva, ciertamente debe contemplarse un espectro más amplio de variables que trasciendan al ingreso monetario.

Referencias

- Arksey, H & Kemp, P. 2008. Dimensions of Choice: A narrative review of cash-for-care schemes. University of Oxford, Working Paper No DHP 2250
- Barlow, J., Bayer, S., Curry, R., & Hendy, J. 2007. The costs of telecare: from pilots to mainstream implementation. *Unit Costs of Health and Social Care*.
- Barlow, J., Singh, D., Bayer, S & Curry, R. 2007. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare* 13(1): 172–179. DOI: 10.1258/135763307780908058. Available at: <http://jtt.sagepub.com/content/13/4/172>
- Bayer, S., Barlow, J. & Curry, R. Assessing the impact of a care innovation: telecare. *System Dynamics Review* 23(1): 61–80. DOI: 10.1002/sdr.361
- Botsis, T., Demiris, G., Pedersen, S., & Hartvigsen, G. 2008. Home telecare technologies for the elderly. *Journal of Telemedicine and Telecare* 14(1): 333-337.
DOI: 10.1258/jtt.2008.007002
- Da Roit, B. & Le Bihan, B. 2010. Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *The Millbank Quarterly* 88(3): 286-309
- DeSalvo, K & Petrin, C. 2018. Towards a 21st century health care system: advancing the case for telecare. *Israel Journal of Health Policy Research* 2018(1): 7-9. DOI 10.1186/s13584-018-0205-4
- Gori, C & Morciano, M. 2018. Cash-for-care payments in Europe: Changes in resource allocation. *Soc Policy Admin.* (1): 1–14. DOI: 10.1111/spol.12498
- Jara & Chaverri-Carvajal. 2020. Servicios de Apoyo al Cuidado en Domicilio Avances y Desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica. BID División de Protección Social y Salud Nota Técnica N° IDB-TN-2031
- Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes Barbara Da Roit, Blanche Le Bihan and August Österl Da Roit, Le Bihan & Österl (2007)
- Medellín, N. 2019. Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia: La tecnología aliada de los servicios de apoyo a la dependencia. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-la-tecnologia-aliada-de-los-servicios-de-apoyo>
- Ranci, C., Österle, A., Arlotti, M. & Parma, A. 2018. Coverage versus generosity: Comparing eligibility and need assessment in six cash-for-care programmes. *Soc Policy Admin.* 2019;1–16. DOI: 10.1111/spol.12502
- Timonen, V., Convery, J & Cahill, S. 2006. Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries. *Ageing and Society* 26(3): 455-474. Available at: http://journals.cambridge.org/abstract_S0144686X0600479X