



CONCURSO JUAN PABLO TERRA 3ª EDICIÓN

# Dependencia y enfermedades crónicas en los adultos mayores. Desafíos para los cuidados y la atención de la salud

ELISA FAILACHE MIRZA, NOEMÍ KATZKOWICZ JUNIO Y FABRIZIO MÉNDEZ RIVERO

© 2020 Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra

**Instituto Humanista Cristiano Juan Pablo Terra**

José E. Rodó 1836, primer piso

Montevideo, Uruguay

Tel: (598) 24008992

ihcterra@gmail.com

www.institutojuanpabloterra.org.uy

El análisis y las reflexiones contenidas en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de CEPAL, PNUD, UNFPA o sus Estados miembros.

Depósito legal: 375.165

ISBN: 978-9974-8701-2-3

La tercera edición del Concurso de Investigación Juan Pablo Terra contó con el apoyo de CEPAL, PNUD y UNFPA.



## Tabla de contenidos

<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Contexto demográfico regional .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Marco teórico .....</b>	<b>12</b>
2.1. Envejecimiento poblacional .....	12
2.2. Vejez y salud.....	13
2.3. Dependencia y cuidados.....	14
<b>3. Metodología.....</b>	<b>16</b>
3.1. Fuentes de información .....	16
3.2. Estrategia empírica.....	18
<b>4. Caracterización de los adultos mayores en situación de dependencia.....</b>	<b>20</b>
<b>5. Resultados de las estimaciones logit .....</b>	<b>29</b>
5.1. Enfermedades crónicas y dependencia para cada ola .....	29
5.2. Enfermedades crónicas y transiciones a la dependencia.....	33
5.3. Enfermedades crónicas y niveles de dependencia .....	35
5.4. Enfermedades crónicas y niveles de dependencia utilizando el panel.....	36
<b>6. Evolución de la población de adultos mayores en situación de dependencia (2016-2050).....</b>	<b>40</b>
<b>7. Oferta de servicios de salud y servicios de cuidado para la población adulta mayor .....</b>	<b>46</b>
7.1. Oferta de servicios de salud para la población adulta mayor .....	46
7.1.1. Los adultos mayores en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay.....	46
7.1.2. Oferta de servicios y usuarios dentro del sistema de salud.....	47
7.1.3. Tasas de utilización y servicios de larga estadía .....	49
7.2. Oferta de servicios de cuidados para la población adulta mayor .....	52
7.2.1. Institucionalidad .....	52

7.2.2. Oferta pública y regulación de servicios de cuidados para adultos mayores.....	53
7.3. Conclusiones.....	56
<b>8. Consideraciones finales .....</b>	<b>57</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>61</b>
<b>Anexo.....</b>	<b>64</b>
<b>Los autores .....</b>	<b>77</b>

## Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de dependencia por niveles, según ola.....	20
Tabla 2. Prevalencia de dependencia por niveles según sexo.....	21
Tabla 3. Prevalencia de dependencia por tramos etarios, según niveles.....	21
Tabla 4. Prevalencia de dependencia por ascendencia étnica, según niveles .....	21
Tabla 5. Dependencia por región, según niveles .....	22
Tabla 6. Prevalencia de dependencia por composición del hogar, según niveles.....	23
Tabla 7. Categoría ocupacional de la población dependiente y no dependiente.....	24
Tabla 8. Ocupación por nivel de dependencia.....	24
Tabla 9. Distribución de la dependencia total y por niveles, según decil de ingreso del hogar .....	25
Tabla 10. Prevalencia de dependencia por decil de ingreso del hogar, según niveles .....	25
Tabla 11. Acceso a prestaciones sociales según dependencia.....	26
Tabla 12. Prevalencia de enfermedades crónicas (EC) según dependencia por niveles.....	27
Tabla 13. Estado de salud autopercebido según dependencia .....	28
Tabla 14. Prevalencia de enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años.....	30

Tabla 15. Correlación entre enfermedades crónicas y dependencia.....	30
Tabla 16. Correlación entre enfermedades crónicas y dependencia.....	31
Tabla 17. Correlación entre enfermedades crónicas y el pasaje de no dependencia a dependencia .....	33
Tabla 18. Correlación entre enfermedades crónicas y la probabilidad de tener dependencia severa, moderada y leve respecto a ser no dependiente .....	36
Tabla 19. Correlación entre enfermedades crónicas y la probabilidad de ser dependiente. Datos de panel .....	37
Tabla 20. Cantidad de instituciones de salud públicas y privadas que componen el SNIS.....	48
Tabla 21. Cantidad de usuarios de salud de 65 años y más por subsector. Período 2010-2018.....	49
Tabla 22. Tasas de utilización de la población de 65 años y más y población total. Período 2007-2016 .....	51

## **Anexo**

Tabla A1. Correlación entre enfermedades crónicas y la probabilidad de tener dependencia severa, moderada y leve respecto a ser no dependiente .....	64
Tabla A2. Cantidad y porcentaje de personas de 65 y más por año, según escenario.....	65
Tabla A3. Cantidad y porcentaje de personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según dependencia constante o ajustada y escenario demográfico .....	66
Tabla A4. Cantidad personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según tramo etario (dependencia ajustada a la baja, escenario 1).....	67
Tabla A5. Porcentaje personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según tramo etario (escenario 1).....	68
Tabla A6. Cantidad personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según tramo etario (dependencia ajustada a la baja, escenario 2).....	69
Tabla A7. Porcentaje personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según tramo etario (escenario 2).....	70

Tabla A8. Cantidad personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según tramo etario (dependencia ajustada a la baja, escenario 3).....	71
Tabla A9. Porcentaje personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según tramo etario (escenario 3) .....	72
Tabla A10. Cantidad y porcentaje de total de personas de 65 años y más y en situación de dependencia por año, según sexo (dependencia ajustada a la baja, escenario 1).....	73
Tabla A11. Cantidad y porcentaje de total de personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según sexo (dependencia ajustada a la baja, escenario 2 y escenario 3) .....	74
Tabla A12. Cantidad y porcentaje de personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según nivel (dependencia ajustada a la baja, para los tres escenarios).....	75

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de adultos mayores, según escenario demográfico.....	41
Gráfico 2. Evolución de la dependencia constante y ajustada según escenario demográfico.....	42
Gráfico 3. Evolución de los adultos mayores con dependencia por grupos de edad (escenario 1).....	43
Gráfico 4. Evolución del total de adultos mayores y de adultos mayores con dependencia por sexo (escenario 1).....	44
Gráfico 5. Evolución de los niveles de dependencia (escenario 1) .....	45
Gráfico 6. Evolución de la cantidad dependientes por nivel, según escenario.....	45

## PRESENTACIÓN

En el año 2019 encaramos desde el Instituto Juan Pablo Terra la tercera edición del Concurso de Proyectos de Investigación Juan Pablo Terra. Al igual que en las ediciones anteriores, nos guió un compromiso asumido con el legado del arquitecto Terra tanto en la temática como en el encare de los trabajos de investigación seleccionados.

En esta ocasión, propusimos abordar la temática del envejecimiento, área en la cual Juan Pablo realizó importantes contribuciones a la reflexión. Su mirada, siempre cuestionadora y comprometida, integraba diferentes disciplinas e iba al centro de los problemas para extraer conocimientos avalados científicamente que permitieran proponer modificaciones de la realidad en cuestión.

Siguiendo esta forma de abordaje, tuvimos la fortuna de convocar a investigadores dispuestos a encarar este reto. El objetivo de la convocatoria se planteó estudiar la situación y evolución demográfica del Uruguay poniendo énfasis en sus impactos sociales y económicos. Así que propusimos dos ejes diferenciadores:

- Tendencias del envejecimiento poblacional y necesidades/demandas para el período 2020-2050;
- Envejecimiento poblacional, crecimiento económico y redistribución en el período 2020-2050.

Queríamos que las propuestas seleccionadas abordaran aristas poco exploradas de esta realidad y, en este sentido, Elisa Failache, Noemí Katzkowicz y Fabrizio Méndez se propusieron estudiar la dependencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas en los adultos mayores del Uruguay. Desde una mirada de

desafíos de largo plazo para la atención sanitaria y los cuidados de este tipo de población, estos investigadores aportan conocimientos novedosos para pensar acciones y propuestas de políticas para la atención de este grupo de población que crecerá de manera sostenida en las próximas décadas y con cuyo crecimiento se incrementarán también las demandas de servicios.

Una vez más contamos con el invaluable apoyo de CEPAL, PNUD y UNFPA, organismos a los que agradecemos el entusiasmo con que abordaron este proyecto.

INSTITUTO JUAN PABLO TERRA

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno por el que atraviesan varios países, especialmente aquellos que han transitado transiciones demográficas marcadas por un aumento progresivo de la esperanza de vida. De acuerdo con las proyecciones de población del INE, en Uruguay en 2020 la población de 65 años y más alcanza el 14,6% de la población total.<sup>1</sup> Desde hace tiempo el país es el segundo país más envejecido de América Latina luego de Cuba (Huenchuan, 2009).

El envejecimiento es un fenómeno prácticamente irreversible cuyas consecuencias para el Estado y las familias desafía los sistemas de bienestar tradicionales. Entre otras, cabe destacar las necesidades de cuidados a los adultos mayores en situación de dependencia, entendida como la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual que genera la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Pérez, 2006).

A su vez, la dependencia tiene también una dimensión de salud insoslayable en la medida que las limitaciones físicas y mentales que la generan son afecciones al normal funcionamiento del organismo humano. Pueden deberse a patologías congénitas, factores externos (por ejemplo, accidentes domésticos, laborales, de tránsito), y en la mayoría de los casos a enfermedades y limitaciones propias del deterioro físico y mental durante la vejez (Bond y Cabrero, 2007). Desde esta perspectiva, la dependencia en los adultos mayores puede entenderse como un fenómeno socio-sanitario que puede darse durante la vejez y que requiere asistencia sanitaria y asistencia para las actividades de la vida diaria (cuidados).

---

1 Estimación propia a partir de las proyecciones de población por sexo y edad del INE disponibles en: <http://www.ine.gub.uy/estimaciones-y-proyecciones>.

Por lo tanto, una estimación precisa de la demanda potencial de políticas públicas para atender el envejecimiento implica cuantificar las necesidades de cuidado y las condiciones epidemiológicas de la dependencia al mismo tiempo. A su vez, la magnitud del fenómeno requiere de estimaciones prospectivas que permitan conocer la evolución de la dependencia en el mediano y largo plazo, así como la demanda y oferta de cuidados y de atención sanitaria para esta población.

Por otra parte, es necesario incorporar al análisis la perspectiva de la equidad porque el impacto de la dependencia puede ser muy desigual si no existen políticas públicas que aseguren el acceso de todas las personas a servicios de calidad independientemente de las condiciones socioeconómicas, el lugar de residencia o los ingresos.

Varios antecedentes e informes oficiales (Colacce y Manzi, 2017; OPP, 2018; Sistema de Cuidados, 2017) han cuantificado y caracterizado la población en situación de dependencia actual y en el largo plazo, sin embargo, no se han encontrado antecedentes que hagan foco en las condiciones epidemiológicas de la dependencia en el presente ni el mediano y largo plazo.

Concretamente, este trabajo tiene como objetivo principal medir la correlación de las enfermedades crónicas en la transición a la dependencia de los adultos mayores, y las diferencias entre distintos grupos socioeconómicos. A su vez, se estimará la dependencia física y psíquica para el período 2016-2050. Finalmente, se presentará la oferta de asistencia sanitaria y de cuidados en el país, de forma de sistematizar los esfuerzos realizados desde la esfera pública para atender a las personas adultas mayores. A su vez, esto permitirá obtener una primera aproximación a la brecha entre oferta y demanda de servicios.

## 1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO REGIONAL

América Latina y el Caribe todavía no puede considerarse una región envejecida, ya que, los adultos mayores de 60 años representan el 11% de la población (United Nations, 2015). Una proporción cercana a lo que se observa para la población mundial (12%), y sustancialmente menor que en Europa, América del Norte, el Este asiático y Oceanía (24%, 21%, 17%, y 16%, respectivamente). Sin embargo, la población de la región está envejeciendo a un ritmo sin precedentes. En 2030, la población mayor de 60 representará 17% del total (United Nations, 2015), y hacia 2050, en tan sólo 35 años, se estima que uno de cada cuatro habitantes en América Latina y el Caribe será mayor de 60 años. Europa tardó 65 años en materializar un aumento similar, y se estima que le llevará alrededor de 75 años a América del Norte (Aranco et al., 2018).

Además, la situación es heterogénea entre los países. En aquellos donde el proceso de envejecimiento se inició tempranamente, la población de 75 años y más es más elevada que en el resto, por ejemplo, Cuba y Uruguay son los más envejecidos. Entre los países en una etapa de envejecimiento moderado se encuentran Costa Rica, México, Brasil y Perú. Argentina y Chile se encuentran en una fase de envejecimiento moderadamente avanzado. Por último, Nicaragua, Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia, Honduras y Haití aún son países jóvenes, con porcentajes de población de 75 años y más muy reducidos (Huenchuan, 2009). Para 2030 se espera que Cuba continúe teniendo la población adulta mayor más envejecida de América Latina, seguido de Uruguay, Chile y Argentina (Huenchuan, 2009).

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Envejecimiento poblacional

El envejecimiento es un fenómeno característico de poblaciones que han atravesado las transiciones demográfica y epidemiológica. La primera supone el pasaje de un equilibrio de alta natalidad y mortalidad, a otro de baja natalidad y mortalidad en los grupos de edades jóvenes. El envejecimiento surge en una fase avanzada de la transición, como consecuencia del crecimiento sostenido de los grupos de mayor edad (Chackiel, 2004). La disminución de la mortalidad se debe en parte a la transición epidemiológica, que consiste en tres procesos simultáneos: la sustitución de las enfermedades infecciosas como las primeras causas de muerte por enfermedades no transmisibles y lesiones; el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada; y el cambio en el patrón epidemiológico de una situación en la que predomina la mortalidad a otra en la que la morbilidad es lo dominante (Frenk et al., 1991). A su vez, estos cambios epidemiológicos se ven favorecidos por la mejora generalizada en las condiciones de vida de la población (principalmente por el acceso a agua potable y saneamiento), y por la generalización de la atención sanitaria y el desarrollo de tecnología crecientemente efectiva en el tratamiento de enfermedades. Por otra parte, la disminución de la natalidad es un fenómeno eminentemente social que obedece a los cambios en los patrones reproductivos, a las transformaciones familiares y al ingreso masivo de las mujeres en el mercado de trabajo.

La vejez es una etapa del ciclo vital que se caracteriza, entre otras cosas, por la pérdida de autonomía, producto del deterioro de las estructuras físicas y cognitivas desarrolladas en las etapas previas (Roebuck, 1979), sin embargo, no hay un criterio claro para establecer cuando comienza ni cuando una sociedad

está envejecida. Los individuos no envejecen de la misma forma y, además, la vejez se entiende y se vive de maneras diferentes entre sociedades y culturas, y en distintos momentos de la historia. No obstante, dada la necesidad de establecer un criterio operativo para definir el envejecimiento, convencionalmente se acepta que una población está envejecida cuando el porcentaje de personas de 65 años (60 años en algunos países) y más supera el 10 % de la población total (Pellegrino, 2010).

## 2.2. Vejez y salud

El proceso de envejecimiento afecta inminentemente la salud de los individuos, por lo cual el envejecimiento de la población tiene consecuencias epidemiológicas considerables, ampliamente abordadas en la literatura. Entre los temas más estudiados con relación a la salud de los adultos mayores se destacan la nutrición (desnutrición, malnutrición, riesgo nutricional), la demencia y el deterioro cognitivo, y la fragilidad.

Se ha encontrado que en Francia el 46 % de los adultos mayores (65 años y más) estaban desnutridos o en riesgo de desnutrición (Maitre et al., 2014). También se encontró que uno de los principales factores de riesgo de una mala nutrición en esta población, es la selectividad de los alimentos (también denominada *picoteo* de los alimentos). Se estima que el 23 % de los adultos mayores realiza esta práctica, y el 36 % entre los que viven en centros de larga estadía.

Según Clegg et al. (2013), la fragilidad (traducción al castellano del término *frailty*) es una problemática de notoria gravedad en la salud de los adultos mayores. Refiere a la disminución de la fuerza corporal, el vigor y las funciones fisiológicas, lo que conduce a una mayor vulnerabilidad física, discapacidad y muerte. De acuerdo con la misma fuente, hay antecedentes que estiman que entre un cuarto y la mitad de las personas mayores de 80 años están en situación de fragilidad y en consecuencia experimentan un incremento muy importante del riesgo de discapacidad, necesidad de cuidado de largo plazo y muerte.

La demencia es una de las problemáticas de salud de los adultos mayores más abordada en la literatura, tanto la vascular como la enfermedad de Alzheimer (Prince et al., 2013; O'Brien y Thomas, 2015; Livingston et al., 2017; Dijkstra, 2017). La OMS estima que en 2017 la prevalencia de la demencia a nivel mundial era de cincuenta millones de personas.<sup>2</sup> No se encontraron artículos científicos ni

---

2 Ver: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. [05/08/2020].

informes oficiales públicos para Uruguay, pero el Ministerio Salud estima que hay aproximadamente cincuenta mil personas que viven con esta patología.<sup>3</sup>

### 2.3. Dependencia y cuidados

El envejecimiento de la población trae aparejado un incremento sostenido de la prevalencia de la dependencia en los adultos mayores. La dependencia ha sido definida como la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual que genera la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (Pérez, 2006).

De acuerdo con Fine y Glendinning (2005) la dependencia es al mismo tiempo un atributo individual y una construcción social, es decir, la situación de dependencia se define en el marco de los comportamientos y las percepciones de los actores involucrados, no solamente de la persona *dependiente*. Por esta razón, la respuesta social a la atención de la dependencia depende de las concepciones que la sociedad tenga de ella. La visión predominante de la dependencia es de un estado físico y mental negativo que debe reducirse o minimizarse mediante políticas de atención a la dependencia.

La dependencia expone a los individuos a riesgos que no tienen la capacidad de enfrentar y a una realidad a la que no pueden adaptarse de manera activa. Cuando no se recibe atención oportunamente, la dependencia conlleva desprotección, la insatisfacción de necesidades básicas, pobreza, enfermedades prevenibles e incluso la muerte prematura. Sin embargo, también conlleva oportunidades que, considerando su irreversibilidad, es estratégico explorar. Baltes y Carstensen (1996) señalan que la discapacidad asociada con la edad puede iniciar una forma de relacionamiento social donde la ayuda y el apoyo de otros, contribuye a una adaptación positiva y a proteger y maximizar recursos escasos e importantes en otras áreas de la vida.

La dependencia en la vejez implica la necesidad de cuidados para asegurar el mayor nivel de bienestar posible. Dependencia y cuidados tienen connotaciones sociales diferentes, mientras la *dependencia* es entendida como una situación esencialmente negativa, el *cuidado* se concibe como una actividad valiosa y positiva (Fine et. al, 2005). Tronto (1993) sostiene que dependencia y cuidados son fenómenos que se implican mutuamente, ya que la pérdida de autonomía es una situación esperable en la vida de cualquier persona. A su vez, sostiene que los

---

3 Ver: <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/presentacion-guia-abordaje-enfermedades-demencia-alzheimer-msp-lustemberg>. [05/08/2020].

cuidados no necesariamente son algo bueno si comprometen las oportunidades y el bienestar de quienes lo proveen.

Las primeras aproximaciones a los cuidados como categoría analítica surgen en la década de los setenta en el marco del feminismo académico y ligadas a los estudios sobre el trabajo doméstico (Borderías et al., 1994). Desde entonces se ha procurado visibilizar tres aspectos centrales del cuidado: que no es neutral al género y, por tanto, división sexual del trabajo mediante, recae principalmente sobre las mujeres; que constituye una parte importante del trabajo no remunerado; que es una dimensión central del bienestar social y no solo un aspecto reproductivo, por lo cual debe ser materia de política pública y no quedar reducido a un asunto privado e intrafamiliar (Sistema de Cuidados, 2019).

Aunque no hay consensos en la conceptualización de los cuidados, la literatura ofrece algunas definiciones. Según Russell Hochschild (1990) puede entenderse como «el vínculo emocional, generalmente mutuo, entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda cuidados se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad». Por lo tanto, cuidar a una persona es hacerse cargo de ella. Más recientemente, se lo ha definido como:

[...] la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo de los cuidados materiales, lo que implica un trabajo; de los cuidados económicos, lo que implica un costo económico, y de los cuidados psicológicos, lo que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental. Puede ser realizado de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia o puede ser realizado de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad varía según se realice o no dentro de la familia y también de acuerdo a sí se trata o no de una tarea remunerada. (Aguirre, 2003; Batthyány, 2002)

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1. Fuentes de información

El presente estudio trabaja con dos tipos de fuente de información, por un lado, la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) y, por otro lado, fuentes secundarias que permiten contabilizar la oferta de servicios de salud y cuidados para adultos mayores en Uruguay.

La Encuesta Longitudinal de Protección Social de Uruguay forma parte de un proyecto entre distintos países de la región que en nuestro país ha llevado a cabo el Banco de Previsión Social. Contiene un amplio set de información de la persona encuestada como características socio-demográficas, nivel educativo, historia laboral, estado de salud y dependencia, aportes a la seguridad social, entre otros. Permite disponer de información de los individuos a lo largo del tiempo, y realizar mediciones sobre las políticas sociales implementadas.

La ELPS se compone de dos mediciones (u olas) finalizadas y una tercera que se encuentra en proceso. La primera medición se realizó entre octubre de 2012 y mayo de 2013 y la segunda entre setiembre de 2015 y junio de 2016. La unidad de análisis son los individuos de 14 años y más. Se excluye de la encuesta a las personas que residen permanentemente en centros de larga estadía (casas de reposo y hogares de ancianos). Por lo cual, son elegibles para participar en la ELPS todas las personas mayores de 14 años que residen en hogares particulares en todo el territorio nacional. En la segunda medición se selecciona a un miembro del hogar de 16 años y más, quien brinda información por sí mismo y por el hogar. Este aumento de la edad del informante entre mediciones se debe a que la base de datos es un panel, en donde se sigue al mismo individuo a lo largo del tiempo. El diseño muestral es estratificado, por conglomerados y en tres etapas de selección. Las viviendas son elegidas al azar utilizando como marco muestral el Censo

de Población Fase-1 2004. Los estratos de la ELPS reconocen varios niveles de información. El primer nivel corresponde a los diecinueve departamentos en los que se divide administrativamente el territorio uruguayo. En un segundo nivel, dentro de cada departamento, se clasifican las localidades en tres categorías: i) localidades con más de 5000 habitantes, ii) localidades con menos de 5000 habitantes y iii) áreas rurales. El tamaño final de la muestra es de 18.428 casos, los cuales fueron asignados de forma proporcional por estrato en base a la cantidad de personas según datos provenientes del Censo 2011.<sup>4</sup>

Para la estimación de la dependencia se utiliza el baremo de dependencia de la Secretaría Nacional de Cuidados aplicado a los datos de la ELPS. El baremo es un instrumento que mide la dependencia a partir de la cantidad de actividades de la vida cotidiana en las que una persona requiere apoyo, la frecuencia y el tipo de apoyos. A su vez, permite distinguir tres niveles de dependencia: leve, moderado y severo.<sup>5</sup>

Se utiliza información de registros administrativos, tanto del MIDES como del MSP, para analizar la oferta de servicios de salud, la cantidad de usuarios, así como las tasas de utilización dentro del sistema. La información proveniente del MSP incluye datos sobre la oferta de prestadores de salud, así como la cantidad de usuarios en cada uno de los subsectores (público y privado), según sexo y edad. Por otro lado, se utiliza información proveniente del Sistema Nacional de Información Asistencial (SINADI) para evaluar las tasas de utilización en cada uno de los subsectores, según edad, aunque no siempre es posible. La información sobre recursos humanos proviene del Sistema de Control y Análisis de Recursos Humanos de Salud (SCARH) y de la base de Recursos Humanos de ASSE. Relevan cuatro veces al año la disponibilidad de trabajadores que se desempeñan en las distintas instituciones de salud, permitiendo identificar la forma de contratación de cada trabajador, la especialidad con la que cuenta, las horas de trabajo que desempeñan en las instituciones, el área de actividad dentro de la institución, las remuneraciones en función del tipo de actividad, entre otras. Esto permite evaluar la cantidad de recursos humanos disponibles que potencialmente podrían atender a la población adulta mayor (médicos generales, internistas, geriatras y médicos de familia).

Para el cálculo de la proporción de adultos mayores en el período 2016-2050 se utilizan proyecciones de población estimadas por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto en 2018, a partir de tasas de fecundidad más actualizadas que las proyecciones del INE de 2013, que no consideran la importante caída de la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de los últimos años (OPP, 2018).

---

4 Ver: <https://www.elps.org.uy/elps/file/1089/1/ficha-tecnica-elps-ola-1.pdf>. [05/08/2020].

5 Ver: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/formulario-para-aplicacion-del-baremo-dependencia>. [05/08/2020].

## 3.2. Estrategia empírica

Uno de los objetivos centrales de este trabajo es analizar cómo las enfermedades crónicas se relacionan con la probabilidad de presentar dependencia. Para realizar estas estimaciones se sigue la literatura epidemiológica propuesta por Schiaffino et al. (2003) aplicando modelos logit. Se estiman los modelos para las dos olas, realizando distintas especificaciones, en donde se analiza por un lado la correlación de la prevalencia de enfermedades crónicas sobre la probabilidad de dependencia, y por otro lado se incluirán variables de control como nivel socioeconómico, sexo, edad, ingresos, entre otras. El modelo se estima por el método de máxima verosimilitud y presenta la siguiente forma (Wooldridge, 2001):

$$(1) \text{Prob}(Y = 1/X_1, X_2, \dots) = G(\beta_0 + \beta_1 \text{Enfermedades Crónicas}_i + \beta_2 X_i)$$

En donde  $G$  tiene la forma:  $G(Z) = e^Z / (1 + e^Z)$ . Asimismo,  $Y = 1$  si el individuo encuestado es mayor de 65 años y se encuentra en situación de dependencia, y la variable *Enfermedades Crónicas<sub>i</sub>* marca si el individuo declara tener alguna de las siguientes enfermedades: asma, artrosis y artritis, hipertensión, diabetes, problemas cardíacos, problemas de columna, otras enfermedades.

Por otro lado, se aplica un modelo logit para medir cuáles son las enfermedades que más se correlacionan con la probabilidad de pasar de un estado de no dependencia en la ola 1, a un estado de dependencia en la ola 2. Se utiliza la ecuación 1 pero la variable  $Y$  vale 1 si el individuo pasó de ser no dependiente a dependiente y 0 en otro caso.

En tercer lugar, se aplica un modelo multinomial logit para medir la probabilidad de tener dependencia leve, moderada y severa respecto a la probabilidad de no presentar dependencia. La variable de interés a utilizar nuevamente es la prevalencia de enfermedades crónicas. El modelo a estimar es el siguiente:

$$(2) \text{Prob}(Y_i = m) = \exp(m_i) / (1 + \sum_{(h=2)^M} \exp(Z_{hi}))$$

Dado que los modelos presentados (logit y multinomial logit) son modelos no lineales, para la interpretación del coeficiente se utilizan los efectos marginales de dichos modelos.

Por último, se explota la dimensión de panel a través de un análisis de efectos fijos. Para esto se utilizan las mismas variables que cambian en el tiempo como controles, y se agregan efectos fijos a nivel del individuo. Esto permite explotar la variabilidad en el tiempo a nivel individual.

Esta metodología permite aproximarnos a una caracterización sobre qué enfermedades presentan mayor correlación en el estado de dependencia de los mayores de 65 años en Uruguay utilizando una base de datos novedosa. Se debe

considerar que los parámetros estimados no estiman el efecto causal debido a los problemas de endogeneidad en el modelo especificado.

Finalmente, se estima la evolución del volumen de la población dependiente a 2050 a partir de proyecciones de población. A la luz de estas estimaciones se analiza la oferta de servicios de cuidados y de atención sanitaria y la demanda de estos servicios por parte de la población objeto de estudio.

## 4. CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

En este apartado se ofrece una estimación del volumen de individuos de 65 años y más en situación de dependencia, así como una caracterización de esta población en términos demográficos, socioeconómicos, sanitarios.<sup>6</sup>

Se estima que en Uruguay hay 94.985 personas de 65 años y más en situación de dependencia por limitaciones físicas y/o psíquicas, lo que equivale al 19,5% del total de individuos de este grupo etario. A pesar de ser uno de los países más envejecidos, algunos estudios sugieren que la prevalencia de la dependencia en Uruguay es relativamente baja en comparación con Costa Rica, México, Chile, El Salvador y Paraguay, especialmente entre los hombres (Aranco et al., 2018).

Con relación al nivel de dependencia, en la tabla 1 se observa que la dependencia moderada es la más alta, seguida de la dependencia leve y finalmente los severos. Esta tabla permite una comparación entre las dos olas de la ELPS y puede verse que los niveles se distribuyen de la misma forma en ambas mediciones. De la comparación entre olas también surge que hay una disminución de la dependencia leve y un aumento de la moderada, y una pequeña disminución de la severa.

Tabla 1. Prevalencia de dependencia por niveles, según ola

	Ola 1		Ola 2		Diferencia ola 2-ola 1
Leve	19.004	35,3%	30.652	32,3%	-3,1%
Moderada	20.085	37,4%	38.650	40,7%	3,3%
Severa	14.680	27,3%	25.683	27,0%	-0,3%
Total	53.769	100,0%	94.985	100,0%	0,0%

Nota: La dependencia aumenta considerablemente entre olas, sin embargo, aún no hay una explicación unánime para este hecho. Una hipótesis plausible es que se debe a cambios en la forma de medición.  
Fuente: Elaboración propia a partir de la ELPS, 2016.

Los resultados que se presentan en lo que sigue de la caracterización, refieren exclusivamente a los individuos de 65 años y más de la ola 2. En algunas tablas se presenta separadamente información para las personas de 75 años y más.

6 Para la categorización de la dependencia se sigue la definición utilizada por el Sistema Nacional de Cuidados (Sistema Nacional de Cuidados, 2018)

Las mujeres presentan una prevalencia considerablemente mayor que los varones, siendo más del 73 % de la población dependiente. En la Tabla 2 se presenta la distribución de la dependencia por niveles (leve, moderada y severa) según sexo. Se observa que los varones tienen porcentajes más altos de dependencia leve y severa (35,6% y 30,9%) comparado con las mujeres, y lo inverso ocurre para la dependencia moderada (43,2% en mujeres).

**Tabla 2.** Prevalencia de dependencia por niveles según sexo

	Leve	Moderada	Severa	Total
Varones	35,6%	33,6%	30,9%	100,0%
Mujeres	31,1%	43,2%	25,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

En términos etarios, lo esperable es que la dependencia se agudice con la edad, observando que en los tramos de edad más avanzada la dependencia leve y moderada disminuyen al mismo tiempo que aumenta la dependencia severa. En la tabla tres se puede observar esta tendencia general en los grupos de edades extremos, en el grupo de edad intermedio (70 a 79) el comportamiento de la dependencia es más irregular, lo cual debería profundizarse en futuros estudios.

**Tabla 3.** Prevalencia de dependencia por tramos etarios, según niveles

	Leve	Moderada	Severa	Total
65 a 69	30,3%	42,9%	26,7%	100,0%
70 a 79	37,6%	41,2%	21,3%	100,0%
80 y más	28,6%	39,7%	31,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

Con relación a la ascendencia étnica, en la tabla 4 se presenta la distribución de los niveles de dependencia para la ascendencia blanca y para las otras ascendencias consideradas (afro, indígena y asiática) reunidas en una sola categoría ya que el total de casos en la muestra es muy pequeño y no permite mayor desagregación. Puede verse que quienes no tienen ascendencia blanca presentan más dependencia moderada y severa.

**Tabla 4.** Prevalencia de dependencia por ascendencia étnica, según niveles

	Leve	Moderada	Severa	Total
Blanco	33,6%	40,3%	26,2%	100,0%
Otras	23,9%	43,5%	32,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

Por su parte, la tabla 5 presenta la distribución de los niveles de dependencia para Montevideo y el interior, lamentablemente no es posible realizar estimaciones a nivel departamental debido a restricciones muestrales. Como puede observarse, en Montevideo hay una proporción mayor de dependientes leves y moderados con respecto al interior, en tanto que en el interior se observa una proporción mayor de severos con respecto a Montevideo (25,6% versus 21%).

**Tabla 5.** Dependencia por región, según niveles

	Leve	Moderada	Severa	Total
Montevideo	35,2%	43,8%	21,0%	100,0%
Interior	32,9%	41,5%	25,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

El entorno familiar es un factor decisivo en las experiencias vitales de las personas en situación de dependencia porque es la principal fuente de ayuda, apoyo y contención (Batthyány et al., 2012). Por esta razón, la composición de los hogares es una dimensión central en la caracterización de esta población. En la tabla 6 puede verse la cantidad de miembros del hogar de las personas dependientes (por nivel) y no dependientes, donde la columna de porcentajes indica la proporción de personas en cada una de las categorías que asume la variable «Cantidad de miembros del hogar». Como puede observarse, más del 80% de la población dependiente de 65 años y más y de 75 años y más, vive con alguien más. Es de resaltar que la diferencia con las personas no dependientes es considerablemente baja, es decir, parece ser que la situación de dependencia no es en sí misma una condición que altere la situación de convivencia de los individuos.

**Tabla 6.** Prevalencia de dependencia por composición del hogar, según niveles

Cantidad de miembros en el hogar	65 años y más						
	Dependientes					No dependientes	
	Leve	Moderada	Severa	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Viven solos		7515	3415	17279	18,2%	72662	18,5%
Con una persona	12848	13114	8745	34707	36,5%	164630	42,0%
Con dos personas	5350	8957	5104	19411	20,4%	76265	19,5%
Con tres personas	2424	3751	4530	10705	11,3%	36299	9,3%
Con 4 personas y más	3681	5313	3889	12883	13,6%	42173	10,8%
<b>Total</b>	<b>24303</b>	<b>38650</b>	<b>25683</b>	<b>94985</b>	<b>100,0%</b>	<b>392029</b>	<b>100,0%</b>

Cantidad de miembros en el hogar	75 años y más						
	Dependientes					No dependientes	
	Leve	Moderada	Severa	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Viven solos	4606	5697	2590	12893	19,8%	40202	24,6%
Con una persona	8403	9311	6151	23865	36,6%	74701	45,7%
Con dos personas	2942	5984	3421	12347	18,9%	24382	14,9%
Con tres personas	2111	2342	3503	7956	12,2%	10672	6,5%
Con 4 personas y más	2153	3016	2966	8135	12,5%	13581	8,3%
<b>Total</b>	<b>20215</b>	<b>26350</b>	<b>18631</b>	<b>65196</b>	<b>100,0%</b>	<b>163538</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia a partir de ELPS, 2016.

Con relación a la ocupación, en la tabla 7 puede verse que, como es esperable, la mayoría de las personas dependientes no están ocupadas, observándose casi 50 puntos porcentuales (pp) de diferencia con respecto a las personas no dependientes.

**Tabla 7.** Categoría ocupacional de la población dependiente y no dependiente

	Dependiente		No dependiente		Total
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	
Ocupado	27856	14,7%	1568476	62,4%	1596332
No ocupado	161977	85,3%	943902	37,6%	1105879
<b>Total</b>	<b>189833</b>	<b>100,0%</b>	<b>2512378</b>	<b>100,0%</b>	<b>2702211</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

Complementariamente, la tabla 8 muestra que el nivel de ocupación es inversamente proporcional al nivel de dependencia, observándose que casi todos los dependientes moderados y severos no están ocupados.

**Tabla 8.** Ocupación por nivel de dependencia

	Ocupado	No ocupado	Total
Dependiente	3,3%	21,5%	19,5%
Leve	4,3%	95,7%	100,0%
Moderada	0,9%	99,1%	100,0%
Severa	0,5%	99,5%	100,0%
No dependiente	96,7%	78,5%	80,5%
	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

Las condiciones económicas constituyen una dimensión central en el análisis de las posibilidades y oportunidades de autonomía y bienestar de las personas dependientes. Las personas de mayores ingresos tienen más oportunidades de acceder a servicios de cuidados y atención médica oportunos y de calidad, mejor alimentación, condiciones materiales de vida más saludables, entornos físicos y sociales más saludables.

En la tabla 9 puede verse que la dependencia se concentra en las personas que viven en hogares de menores ingresos, los primeros cinco deciles concentran más del 60% del total de dependientes.

**Tabla 9.** Distribución de la dependencia total y por niveles, según decil de ingreso del hogar

	Total	Leve	Moderada	Severa
Decil 1	11,0 %	9,7%	8,7%	16,1%
Decil 2	8,2%	7,3%	10,0%	6,5%
Decil 3	10,0%	11,3%	9,4%	9,4%
Decil 4	12,4%	15,4%	12,6%	8,6%
Decil 5	19,8%	15,8%	23,0%	19,9%
Sub total	61,5%	59,5%	63,8%	60,5%
Decil 6	9,8%	7,9%	9,6%	12,5%
Decil 7	6,8%	5,6%	7,0%	8,1%
Decil 8	9,2%	10,5%	7,7%	10,0%
Decil 9	6,9%	7,7%	6,5%	6,3%
Decil 10	5,8%	8,9%	5,5%	2,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

**Tabla 10.** Prevalencia de dependencia por decil de ingreso del hogar, según niveles

	Leve	Moderada	Severa	Total
Decil 1	28,34%	32,24%	39,43%	100,00 %
Decil 2	28,72%	49,74%	21,54%	100,00 %
Decil 3	36,35%	38,34%	25,31%	100,00 %
Decil 4	40,06%	41,19%	18,75%	100,00 %
Decil 5	25,68%	47,21%	27,11%	100,00 %
Decil 6	25,92%	39,58%	34,50%	100,00 %
Decil 7	26,28%	41,57%	32,15%	100,00 %
Decil 8	36,73%	33,98%	29,29%	100,00 %
Decil 9	36,30%	38,70%	25,00%	100,00 %
Decil 10	49,49%	38,52%	11,99%	100,00 %

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

Adicionalmente, en la tabla 10 se presenta la distribución de los tres niveles de dependencia para cada decil de ingreso. Si se toman los extremos de la distribución del ingreso (deciles 1 y 10) puede verse que la dependencia severa es casi 30 pp más frecuente entre los más pobres con relación a los más ricos y la dependencia moderada más de 6 pp.

En la tabla 11 se presenta la utilización por parte de la población dependiente de servicios y prestaciones sociales que provee el Estado para la atención de la pobreza o vulnerabilidad.<sup>7</sup> Puede observarse que las personas dependientes tienen un uso apenas mayor de dichas políticas y prestaciones en comparación con los no dependientes (menos de 2 pp de diferencia).

**Tabla 11.** Acceso a prestaciones sociales según dependencia

Prestaciones sociales	Dependiente					No dependiente	
	Leve	Moderada	Severa	Subtotal	%	Subtotal	%
Tiene	2527	3026	3069	8622	9,1%	30563	7,8%
No tiene	28125	35624	22614	86363	90,9%	361466	92,2%
<b>Total</b>	<b>30652</b>	<b>38650</b>	<b>25683</b>	<b>94985</b>	<b>100,0%</b>	<b>392029</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016

Como ya se ha mencionado, la dependencia tiene una dimensión sanitaria que necesariamente debe considerarse al momento de su caracterización. En lo que sigue se presentan dos indicadores, el primero es la prevalencia de enfermedades crónicas (EC), es decir, de larga duración y en algunos casos irreversibles. El segundo indicador es la salud auto percibida, ampliamente utilizado en la literatura internacional y validado en varios estudios dada su alta correlación con indicadores *objetivos* obtenidos mediante estudios clínicos. Se comparan los resultados para personas dependientes y no dependientes.

En la tabla 12 se presenta la distribución de la prevalencia de EC según niveles de dependencia, para personas de 65 años y más y de 75 años y más, separadamente. Puede verse que, en ambos grupos, en los tres niveles (leve, moderado y severo) alrededor del 90% de las personas tiene alguna EC diagnosticada. Además, la tabla muestra que las EC aumentan levemente entre los mayores de 75 años no dependientes. Esto podría vincularse con hallazgos encontrados en otros estudios que sugieren que las EC no necesariamente conllevan dependencia

7 Las prestaciones consideradas son: Asignaciones familiares, Tarjeta BPS prestaciones, Tarjeta Alimentaria, Comedores, Canasta alimentaria, pensión alimentaria o similar por divorcio o tener menores a cargo.

en las edades más avanzadas, mostrando evidencia que las EC y la dependencia no están perfectamente correlacionadas (Aranco et al., 2018).

**Tabla 12.** Prevalencia de enfermedades crónicas (EC) según dependencia por niveles

	65 años y más		75 años y más	
	Sin EC	Con EC	Sin EC	Con EC
Dependiente	10,0%	90,0%	10,2%	89,8%
Leve	9,1%	90,9%	9,0%	91,0%
Moderada	9,4%	90,6%	10,2%	89,8%
Severa	12,1%	87,9%	11,4%	88,6%
No dependiente	25,1%	74,9%	21,7%	78,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016.

La tabla 13 muestra la autopercepción del estado de salud según dependencia. Se observa que entre las personas dependientes alrededor de 15% afirma que su salud es mala. Si se consideran en conjunto las categorías «Regular» y «Mala» puede verse que entre los dependientes predomina una valoración negativa de la salud, lo cual contrasta con la valoración de los no dependientes, donde el 73,5% afirma que su salud es «Buena».

También puede verse que cuanto mayor es el nivel de dependencia peor es la autopercepción del estado de salud: entre los dependientes, son los severos quienes tienen una percepción más negativa de su estado de salud. Se observa que los mayores de 65 años tienen una percepción levemente peor de su salud que los mayores de 75, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

**Tabla 13.** Estado de salud autopercebido según dependencia

65 años y más									
Estado	Dependientes					No dependientes		Total	
	Leve	Moderada	Severa	Subtotal	%	Subtotal	%		
Buena	41,51%	34,62%	20,27%	31309	33,0%	288175	73,5%	319484	
Regular	50,07%	51,57%	51,70%	48557	51,1%	96966	24,7%	145523	
Mala	8,42%	13,81%	28,03%	15119	15,9%	6888	1,8%	22007	
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>94985</b>	<b>100,0%</b>	<b>392029</b>	<b>100,0%</b>	<b>487014</b>	
75 años y más									
Estado	Dependientes					No dependientes		Total	
	Leve	Moderada	Severa	Subtotal	%	Subtotal	%		
Buena	46,89%	38,66%	21,78%	23724	36,4%	120957	74,0%	144681	
Regular	48,67%	48,48%	49,32%	31802	48,8%	40653	24,9%	72455	
Mala	4,44%	12,86%	28,90%	9670	14,8%	1928	1,2%	11598	
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>65196</b>	<b>100,0%</b>	<b>163538</b>	<b>100,0%</b>	<b>228734</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de ELPS, 2016.

## 5. RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES LOGIT

### 5.1. Enfermedades crónicas y dependencia para cada ola

En esta sección se presentan los principales resultados obtenidos sobre la correlación de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas con el estado de dependencia de los adultos mayores de 65 años. Tal como se mencionó, las enfermedades consideradas en el análisis son: asma, artrosis y artritis, hipertensión, diabetes, problemas cardíacos, problemas de columna. También se incluye la categoría «Otras enfermedades» que contiene todas las enfermedades con las que los entrevistados manifestaron haber sido diagnosticados, además de las mencionadas. Es importante aclarar que en este último ítem se incluyen también enfermedades que no son crónicas. El cuadro que sigue muestra la proporción de individuos de 65 años y más diagnosticados con enfermedades crónicas, para ambas olas.

Los resultados del modelo logístico muestran que todas las enfermedades tienen una correlación positiva y significativa con la dependencia (tabla 15). Es decir, la probabilidad de tener dependencia aumenta si el individuo posee alguna de las enfermedades crónicas analizadas. El coeficiente de mayor magnitud para ambas olas corresponde a la categoría «Otras enfermedades», seguido por la artrosis y artritis. Mientras que para la ola 1 tener otras enfermedades y tener artrosis/artritis hacen aumentar la probabilidad de dependencia en 18 y 7.4 pp respectivamente, para la ola 2 estos valores son de 14.8 y 12.2. Si bien entre olas los coeficientes no son exactamente iguales, el patrón de los coeficientes y sus magnitudes son relativamente estables, lo que daría mayor robustez al análisis de cómo afectan las enfermedades crónicas a la prevalencia de dependencia.

**Tabla 14.** Prevalencia de enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años

	Ola 1	Ola 2
Asma	6%	7%
Artrosis y artritis	28%	29%
Hipertensión	42%	44%
Diabetes	15%	17%
Problemas cardíacos	18%	18%
Columna	21%	23%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la ELPS.

**Tabla 15.** Correlación entre enfermedades crónicas y dependencia

VARIABLES	Ola 1	Ola2
	Efectos marginales	Efectos marginales
Asma	0.0333*** (0.00172)	0.0310*** (0.00229)
Artrosis y artritis	0.0740*** (0.00111)	0.122*** (0.00145)
Hipertensión	0.0151*** (0.000848)	0.0172*** (0.00115)
Diabetes	0.0716*** (0.00141)	0.0558*** (0.00158)
Problemas cardíacos	0.0503*** (0.00121)	0.0796*** (0.00158)
Columna	0.0619*** (0.00116)	0.0437*** (0.00142)
Otras Enfermedades	0.183*** (0.00247)	0.148*** (0.00165)
Observaciones expandidas	475,407	487,014

Errores estándar robustos entre paréntesis. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS.

Al agregar otras variables a la regresión, se observa que las enfermedades crónicas siguen siendo significativas en la prevalencia de la dependencia para ambas olas. Y al agregar los controles, la magnitud de los coeficientes asociados a las enfermedades se reduce muy levemente, y «Otras enfermedades» sigue teniendo el coeficiente más alto. Adicionalmente, se observa que el hecho de ser hombre reduce la probabilidad de dependencia en 3 y 5 puntos porcentuales en la ola 1 y 2 respectivamente. Como es de esperar, la edad también es una variable que correlaciona de forma significativa y positiva con la dependencia, a mayor edad mayor la probabilidad de tener dependencia. Además, las personas que viven en hogares con mayor cantidad de personas tienen más probabilidad de tener dependencia. Al analizar los quintiles de ingresos, se observa que pertenecer al cuarto y quinto quintil de ingresos, reduce la probabilidad de dependencia para ambas olas comparado con pertenecer al primer quintil de ingresos. Respecto a pertenecer al segundo y tercer quintil se observan resultados mixtos entre olas comparado con pertenecer al primer quintil. Por último, al analizar los años de educación, se observa que las diferencias más importantes (tanto en significación como en magnitudes) ocurren para las personas con más de 12 años de educación con respecto a los que tienen 6 años o menos. La comparación entre estos grupos muestra que quienes tienen mayor nivel educativo tienen menor probabilidad de tener dependencia. Para los otros grupos educativos se observan coeficientes muy pequeños y no siempre significativos. Como fue mencionado, estos resultados muestran correlaciones entre las variables, pero no la causalidad entre ellas.

**Tabla 16.** Correlación entre enfermedades crónicas y dependencia

VARIABLES	Ola 1	Ola 2
	Efectos marginales	Efectos marginales
Columna	0.0584*** (0.00103)	0.0578*** (0.00145)
Otras enfermedades	0.173*** (0.00234)	0.151*** (0.00171)
Sexo	-0.0290*** (0.000697)	-0.0515*** (0.00110)
Asma	0.0413*** (0.00161)	0.0393*** (0.00225)

(cont.)

VARIABLES	Ola 1	Ola 2
	Efectos marginales	Efectos marginales
Artrosis y artritis	0.0517*** (0.000914)	0.0895*** (0.00142)
Hipertensión	0.0150*** (0.000712)	0.0146*** (0.00111)
Diabetes	0.0663*** (0.00129)	0.0583*** (0.00162)
Problemas cardíacos	0.0308*** (0.000967)	0.0561*** (0.00154)
Edad	0.00654*** (4.49e-05)	0.0117*** (7.14e-05)
Personas en el hogar	0.00774*** (0.000270)	0.00456*** (0.000437)
Quintil 2	-0.0267*** (0.00108)	0.0650*** (0.00228)
Quintil 3	-0.0365*** (0.00110)	0.0299*** (0.00181)
Quintil 4	-0.0492*** (0.00112)	-0.0314*** (0.00161)
Quintil 5	-0.0510*** (0.00124)	-0.0304*** (0.00173)
7-9 Años educación	0.00398*** (0.00104)	0.00297* (0.00165)
10-12 años educación	0.00129 (0.00118)	-0.0380*** (0.00153)
Más de 12 años educación	-0.0163*** (0.00110)	-0.0194*** (0.00172)
Observaciones	475,407	452,873

Errores estándar robustos entre paréntesis. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS.

## 5.2. Enfermedades crónicas y transiciones a la dependencia

A continuación, se muestran los resultados obtenidos para el modelo logit con el que se analiza cómo correlacionan la prevalencia de las enfermedades crónicas en la transición de pasar de un estado de no dependencia a dependencia. Para ello se consideran los individuos entrevistados en las dos olas (ya que es el pasaje a lo largo del tiempo). En la tabla 17 se presentan los resultados encontrados. Cabe recordar que la variable dependiente vale 1 si el adulto mayor pasó de no ser dependiente a serlo y 0 en caso contrario (si no cambió de situación entre olas).

En la primera columna se exponen los resultados sin utilizar variables de control, y en la segunda especificación se incluyen los controles.

**Tabla 17.** Correlación entre enfermedades crónicas y el pasaje de no dependencia a dependencia

VARIABLES	Pasaje de no dependencia a dependencia (1)	Pasaje de no dependencia a dependencia (2)
	Efectos marginales	Efectos marginales
Asma	-0.000519 (0.00188)	0.0103*** (0.00191)
Artrosis y artritis	0.0878*** (0.00133)	0.0623*** (0.00127)
Hipertensión	-0.00300*** (0.00101)	-0.000430 (0.000979)
Diabetes	0.0165*** (0.00133)	0.0172*** (0.00134)
Problemas cardíacos	0.0694*** (0.00143)	0.0551*** (0.00139)
Columna	0.00429*** (0.00121)	0.0135*** (0.00121)
Otras enfermedades	0.0721*** (0.00139)	0.0630*** (0.00138)

(cont.)

VARIABLES	Pasaje de no dependencia a dependencia (1)	Pasaje de no dependencia a dependencia (2)
	Efectos marginales	Efectos marginales
Sexo		-0.0343*** (0.000970)
Edad		0.00729*** (6.12e-05)
Personas en el hogar		-0.00266*** (0.000392)
Quintil 2		0.0408*** (0.00196)
Quintil 3		0.0120*** (0.00153)
Quintil 4		-0.0332*** (0.00136)
Quintil 5		-0.0156*** (0.00155)
7-9 años educación		0.0178*** (0.00148)
10-12 años educación		-0.0281*** (0.00134)
Más de 12 años educación		-0.0197***
Observaciones	487,014	452,873

Errores estándar robustos entre paréntesis. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS.

Se puede observar que tener hipertensión se correlaciona de forma negativa y significativa con la probabilidad de pasar a ser dependiente y deja de ser significativo al agregar los controles, en cambio el resto de las enfermedades influye de forma positiva y significativa en la probabilidad de pasar de un estado de no dependencia a dependencia. Considerando la regresión sin controles, la enfermedad que presenta una mayor correlación es la de artrosis/artritis, que tiene

una influencia entre 9 y 6 puntos porcentuales (columna 1 y columna 2). Al agregar variables de control (años de educación, quintiles de ingreso, edad, sexo, personas dentro del hogar), las variables continúan manteniendo su signo, reduciéndose levemente la magnitud de los coeficientes. La variable referente a artrosis y artritis sigue presentando una influencia alta, pero se iguala con Otras enfermedades.

Al considerar las variables de control utilizadas, se observa que para los quintiles más altos la probabilidad de pasar a ser dependientes es menor con respecto a los del primer quintil. Para los quintiles 2 y 3 ocurre lo inverso. A su vez, el nivel educativo también influye de forma negativa y significativa para quienes tienen 10 años de educación o más, por lo cual a mayor nivel educativo menor la probabilidad de pasar de un estado de no dependencia a dependencia. En el caso de los que tienen entre 7 y 9 años de educación, parecen tener más probabilidad de pasar a ser dependientes con respecto a los que tienen menos de 6. Por otra parte, a mayor edad aumenta la probabilidad de pasar a ser dependiente y la cantidad de personas que viven en el hogar también influye de forma positiva sobre dicha probabilidad. Además, los hombres tienen menor probabilidad de pasar a dependientes.

### 5.3. Enfermedades crónicas y niveles de dependencia

El siguiente ejercicio contribuye a analizar cómo influyen las enfermedades crónicas en la dependencia severa, moderada o leve respecto a no ser dependiente. Para ello se llevó a cabo un modelo multinomial logit (ya que se presentan tres categorías dentro de la variable dependiente). Se presentan los resultados para la primera ola.<sup>8</sup> Nuevamente los resultados expuestos son los efectos marginales, debido a la no linealidad del modelo en cuestión.

De la tabla 18 se desprende que en general, tener alguna de las enfermedades crónicas consideradas aumenta la probabilidad de tener algún tipo de dependencia (leve, moderada o severa) respecto a no tener dependencia (variable utilizada como base para la medición). Igualmente, es de destacar que los coeficientes son menores que los observados en las tablas anteriores donde se presenta la correlación entre enfermedades y dependencia. Se puede observar, además, que tener enfermedades diagnosticadas presenta una mayor magnitud a la hora de explicar una dependencia leve o moderada (respecto al estado de no dependencia) que una dependencia severa (respecto a no ser dependiente).

---

8 Los resultados para la segunda ola se presentan en el anexo.

**Tabla 6.** Correlación entre enfermedades crónicas y la probabilidad de tener dependencia severa, moderada y leve respecto a ser no dependiente

VARIABLES	Dependencia leve	Dependencia moderada (2)	Dependencia severa
	(1)		(3)
	Efectos marginales	Efectos marginales	Efectos marginales
Asma	0.0135*** (0.00107)	0.0137*** (0.00106)	0.00558*** (0.000814)
Artrosis y artritis	0.0314*** (0.000725)	0.0268*** (0.000693)	0.0150*** (0.000543)
Hipertensión	0.0133*** (0.000542)	-0.00617*** (0.000492)	0.00819*** (0.000433)
Diabetes	0.0183*** (0.000792)	0.0297*** (0.000895)	0.0229*** (0.000760)
Problemas cardíacos	0.0154*** (0.000701)	0.0325*** (0.000832)	0.00310*** (0.000509)
Columna	0.0176*** (0.000689)	0.0290*** (0.000773)	0.0146*** (0.000587)
Otras enfermedades	0.0379*** (0.00128)	0.0513*** (0.00139)	0.0928*** (0.00162)
Observaciones	475,407	475,407	475,407

Errores estándar robustos entre paréntesis. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS.

#### 5.4. Enfermedades crónicas y niveles de dependencia utilizando el panel

Por último, la tabla 19 muestra la correlación entre las enfermedades consideradas y la probabilidad de ser dependiente explotando la estructura de panel de la base de datos utilizada. Como ya se ha dicho, se aplica un modelo de efectos fijos en donde se aprovecha la variabilidad individual para estimar los efectos del modelo. La ventaja respecto al modelo previamente especificado es que se elimina el sesgo por no incluir variables inobservables que sean constantes en el tiempo y puedan estar vinculadas con las enfermedades crónicas, mejorando así la estimación.

En este caso nuevamente se realizan dos especificaciones distintas, la primera analiza la correlación entre las enfermedades y la probabilidad de ser dependiente. La segunda incorpora ciertas variables de control características de los adultos mayores y sus hogares.

Los resultados expuestos en la tabla 19 muestran que, nuevamente, la probabilidad de tener enfermedades crónicas tiene una influencia positiva y significativa en la probabilidad de ser dependiente. En este caso, «Otras enfermedades» seguido de artritis y artrosis son las enfermedades que más se correlacionan con la dependencia, dada la magnitud del coeficiente. Igualmente, las variables de hipertensión, diabetes y problemas de columna no son significativas para explicar la probabilidad de dependencia. Por otro lado, al incorporar en la segunda especificación más variables de control, se observa que en general los coeficientes que eran significativos continúan siéndolo. Las variables de control no son significativas a excepción de la edad, en donde a mayor edad, mayor probabilidad de ser dependiente. El motivo por el cual estas variables pueden no ser significativas es que la metodología de efectos fijos aprovecha la variación interna de cada individuo, y las variables utilizadas podrían no tener mayores movimientos durante el período analizado para cada individuo.

**Tabla 7.** Correlación entre enfermedades crónicas y la probabilidad de ser dependiente. Datos de panel

VARIABLES	Dependencia (1)	Dependencia (2)
Asma	0.196* (0.114)	0.179 (0.116)
Artrosis y artritis	0.165*** (0.0448)	0.114** (0.0492)
Hipertensión	-0.0294 (0.0467)	-0.0558 (0.0484)
Diabetes	0.0565 (0.0537)	0.0379 (0.0557)
Problemas cardíacos	0.164*** (0.0386)	0.0928** (0.0405)
Columna	0.0561 (0.0628)	0.0237 (0.0674)

(cont.)

VARIABLES	Dependencia (1)	Dependencia (2)
Otras enfermedades	0.232*** (0.0210)	0.146*** (0.0228)
Edad		0.0325*** (0.00272)
Personas en el hogar		0.00709 (0.00858)
Quintil 2		-0.0186 (0.0245)
Quintil 3		-0.00594 (0.0225)
Quintil 4		-0.0289 (0.0224)
Quintil 5		0.00115 (0.0236)
7-9 Años educación		-0.0891 (0.185)
10-12 Años educación		-0.143 (0.262)
Más de 12 Años educación		-0.336 (0.387)
Constante	0.0115 (0.0241)	-2.295*** (0.220)
Observaciones	8,901	8,464
R2	0.055	0.104

Errores estándar robustos entre paréntesis. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Fuente: Elaboración propia en base a la ELPS.

Como conclusión, los resultados analizados en el presente capítulo muestran que la situación de dependencia está correlacionada con las enfermedades crónicas, y eso se observa para todos los modelos analizados. Es decir, por un lado, se observa que tener enfermedades crónicas está asociado a un aumento de probabilidad de estar en situación de dependencia, y, además, también se observa que tener enfermedades crónicas se asocia con una probabilidad mayor

de pasar de una situación de no dependencia a una situación de dependencia. Dentro de las enfermedades crónicas, las categorías de «Otras enfermedades» y «Artrosis y artritis» son las que tienen un nivel mayor de significación. Esta relación entre enfermedades crónicas y dependencia, si bien esperable, es relevante a la hora de pensar posibles respuestas de política para la mejora de la situación de dependencia en el país, aspecto que se aborda en las consideraciones finales del informe.

## 6. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (2016-2050)

En las páginas siguientes se presentan estimaciones de la proporción de personas de 65 años y más en situación de dependencia para el período 2016 a 2050.<sup>9</sup> Para la estimación de las tasas de dependencia se utiliza el baremo de dependencia.

Se consideran dos escenarios de evolución de la dependencia, en uno la tasa de dependencia para cada grupo de edad se mantiene constante durante todo el período (tasa de dependencia constante). En el otro escenario, la tasa disminuye un 10 % acumulado en el período considerado (tasa de dependencia ajustada), siguiendo evidencia internacional que sugiere que la prevalencia de la dependencia tiende a disminuir por factores tales como mejoras en las condiciones de vida, en la atención de la salud y de las necesidades propias de la dependencia, entre otros. También se ha sugerido que los niveles extremos de la dependencia tienden a disminuir al tiempo que aumentan los niveles intermedios (Casado Marín, 2007). Por esta razón, se ajustan las tasas de cada nivel de tal manera que, para el período 2016-2050, la dependencia leve disminuye un 10 % acumulado, el nivel moderado aumenta 20 % acumulado y la dependencia severa disminuye un 17%.

Siguiendo las proyecciones de población de OPP para 2018, se consideran tres escenarios probables de evolución de la población en función de la fecundidad y la esperanza de vida, dos factores que influyen decisivamente en el envejecimiento poblacional. En el primer escenario (tendencial) se asumen los valores de la esperanza de vida utilizados por el INE que llegaría a 82.2 años en 2050, y la *tasa global de fecundidad* (TGF) se reduciría a 1.7 hijos, siguiendo la tendencia

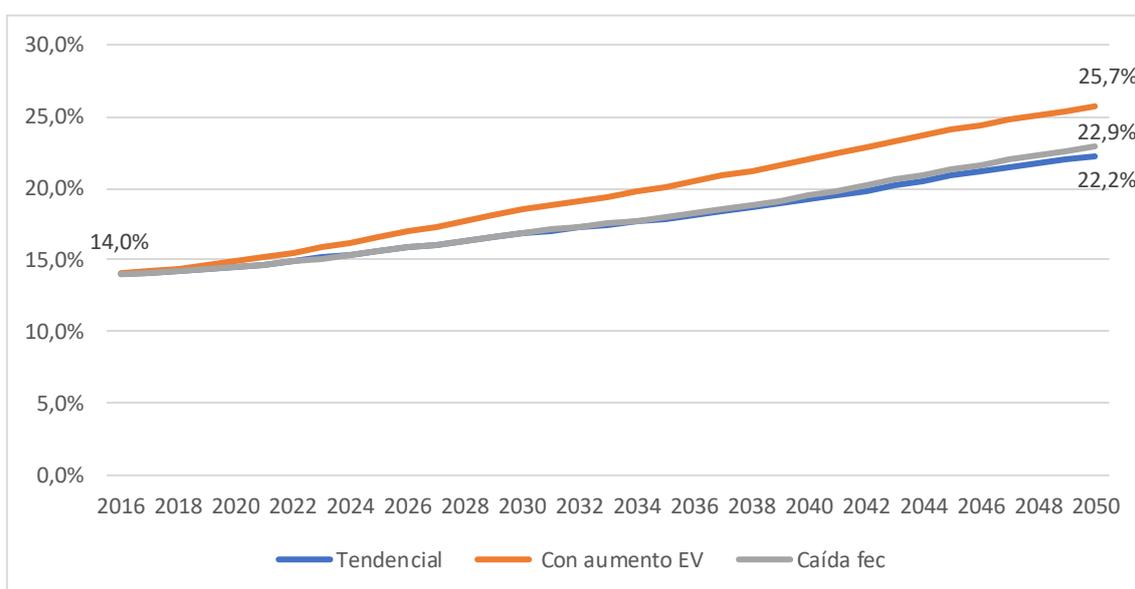
---

9 En la presente sección se presentarán gráficos resumen. Las tablas completas para todos los escenarios y años se encuentran en el Anexo.

histórica (escenario 1). En el segundo escenario la fecundidad disminuye a los niveles mínimos actuales de los países desarrollados, alcanzando 1.3 hijos por mujer, mientras que el resto de los parámetros se mantienen iguales (escenario 2). El tercer escenario es de máximo crecimiento de la esperanza de vida, donde se llegaría a 88 años promedio (85.5 los hombres y 90.7 las mujeres) en 2050, y el resto de los parámetros son los mismos que para el primer escenario (escenario 3).<sup>10</sup>

En el gráfico 1 puede verse que la población de adultos aumenta sostenidamente durante todo el periodo. El porcentaje de personas de 65 años y más crece de un 14% en 2016 a un 22.2% en 2050 en el escenario 1, a un 23% en el escenario 2 y a un 26% en el escenario 3.

**Gráfico 1.** Evolución del porcentaje de adultos mayores, según escenario demográfico



Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de OPP.

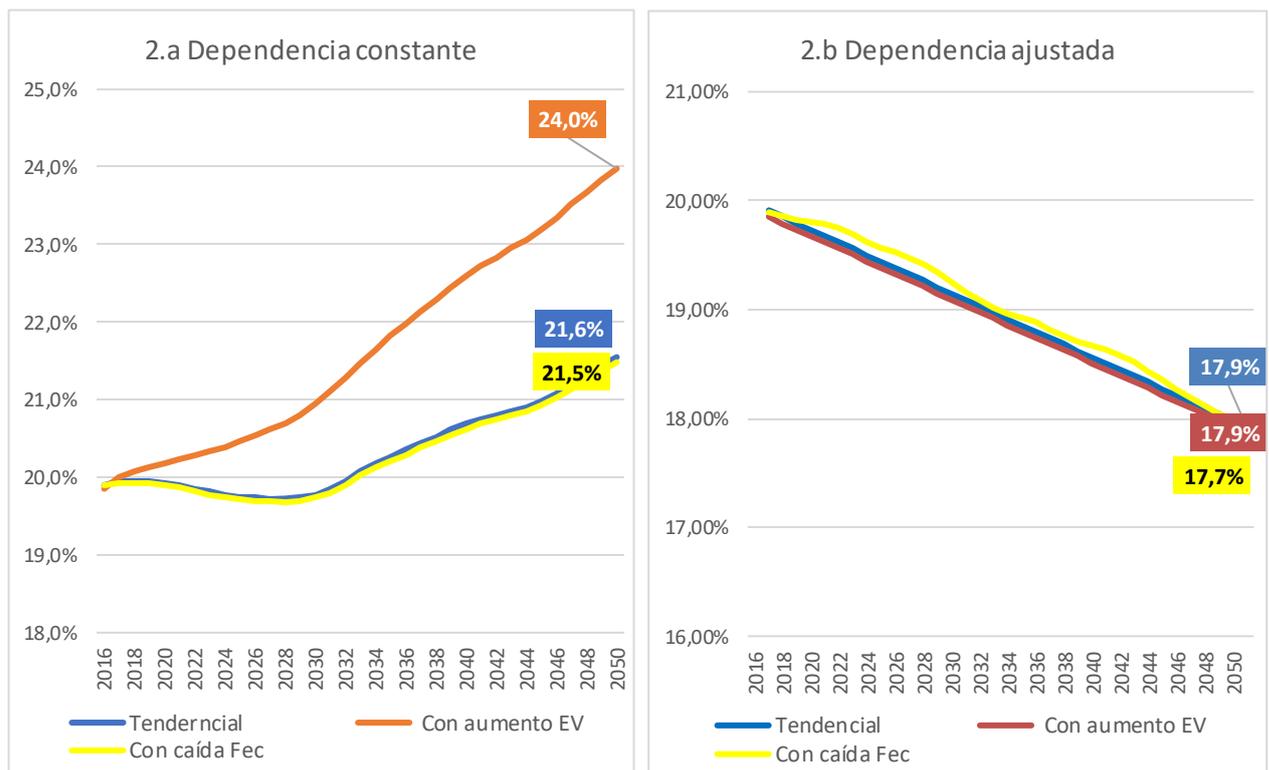
En el gráfico 2 se presenta la evolución de las tasas de dependencia constante y ajustada para los tres escenarios considerados. Como es de esperar, la tasa de dependencia más alta se da con la tasa de dependencia constante y parámetros del escenario 3, donde alcanza al 24% de los mayores de 65 (242835 personas), y

<sup>10</sup> Es de destacar que las proyecciones de OPP no han estimado un escenario que considere el aumento de la esperanza de vida y de la fecundidad simultáneamente, que hubiese resultado especialmente oportuno a los efectos de este estudio, considerando que sería el que mejor se ajusta a la realidad demográfica uruguaya actual y, previsiblemente, también futura.

la tasa más baja se da en el escenario 2 con tasa de dependencia ajustada, alcanzando un 17.7% (145097 personas).

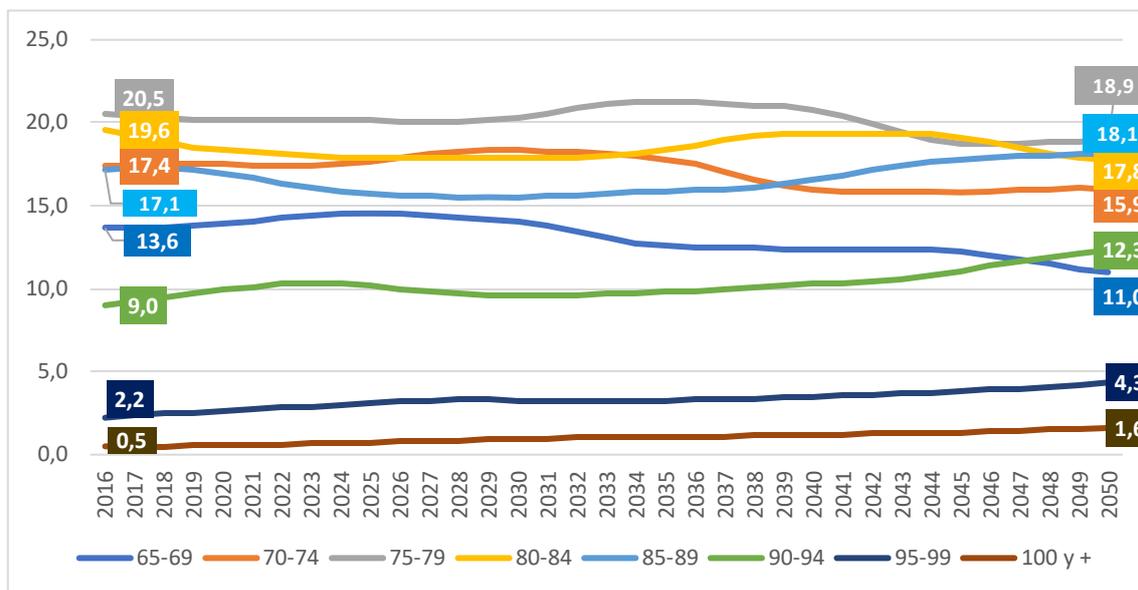
En los gráficos siguientes se presenta una caracterización de la población en situación de dependencia según grupos de edad, sexo y nivel de dependencia. En los gráficos 3, 4 y 5 se ha optado por presentar los porcentajes para el escenario 1 solamente, porque las tasas de severización para cada nivel es la misma en todos los escenarios, de modo que los porcentajes no cambian. De todos modos, en el Anexo se presentan los porcentajes correspondientes a los escenarios 2 y 3. El gráfico 3 muestra el porcentaje según grupo etario con dependencia (para la población de 65 años y más) por año en el escenario 1. Puede observarse que, a lo largo del tiempo, aumenta el porcentaje en los grupos de edad más avanzada y decrece en las edades más jóvenes. Las diferencias más importantes se observan en el grupo de 65-69 donde hay una disminución de casi 5 pp de 2016 a 2050, y en el grupo de 90-94 donde hay un incremento de más de 6 pp.

**Gráfico 2.** Evolución de la dependencia constante y ajustada según escenario demográfico



Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

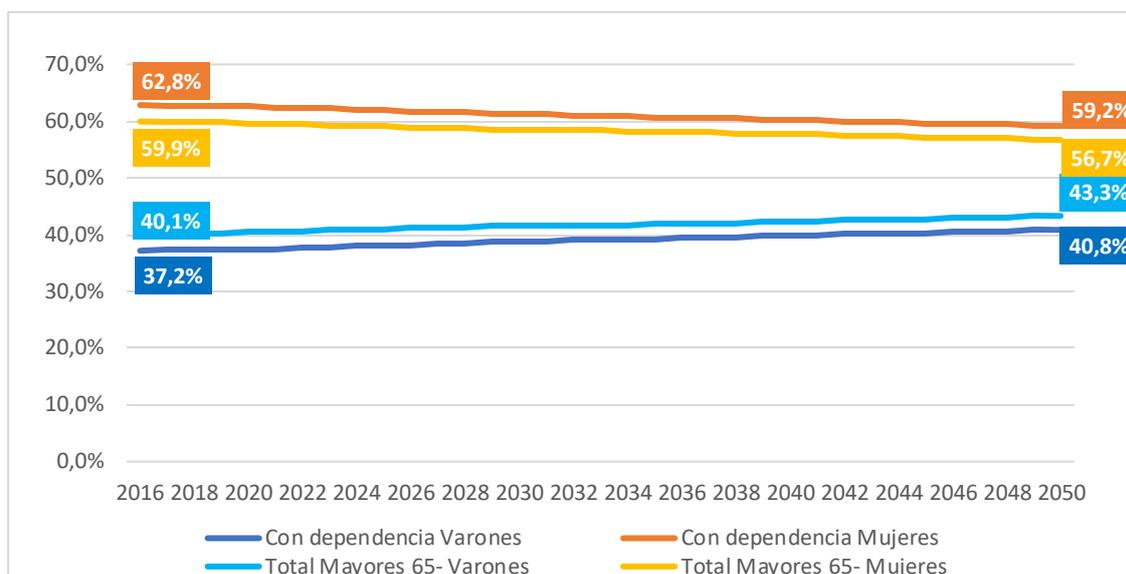
**Gráfico 3.** Evolución de los adultos mayores con dependencia por grupos de edad (escenario 1)



Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

En el gráfico 4 se presenta la distribución por sexo de la población con dependencia y la distribución del total de las personas de 65 años más en el escenario 1. Puede verse que el porcentaje de mujeres con dependencia es mayor que el de varones, aunque la brecha decrece de manera constante durante todo el período. También se evidencia que en todos los años las mujeres con dependencia constituyen un porcentaje mayor al que representan en el total de la población de adultos mayores, en tanto que para los hombres ocurre lo contrario (en el Anexo se presentan los totales para la tasa ajustada y los porcentajes para los otros escenarios).

**Gráfico 4.** Evolución del total de adultos mayores y de adultos mayores con dependencia por sexo (escenario 1)

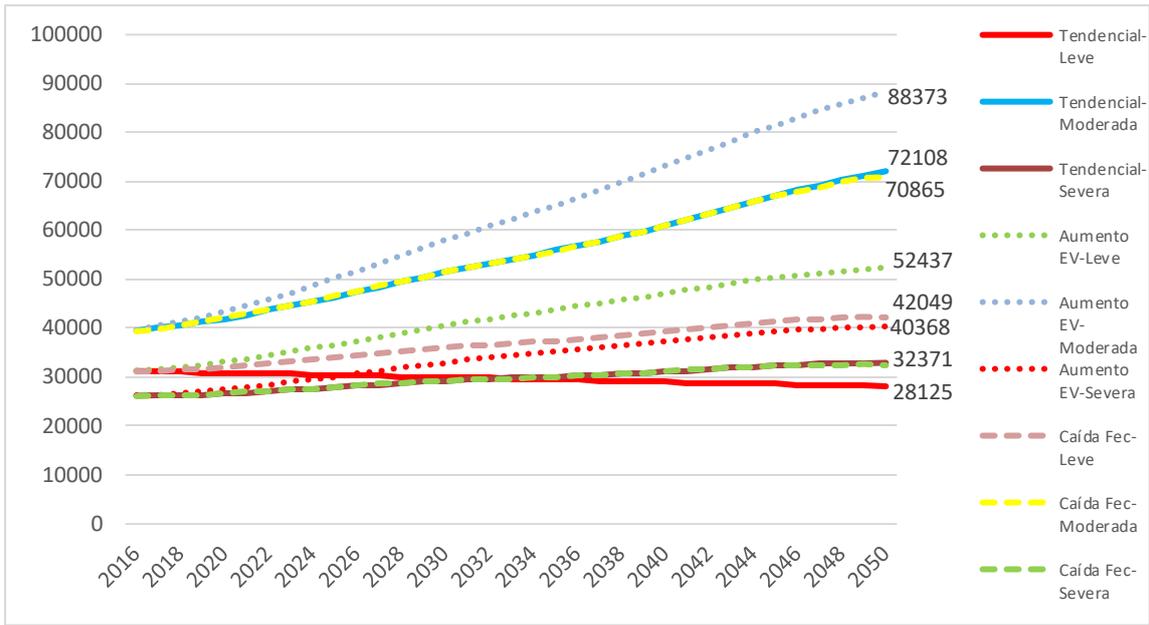


Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP

En los dos gráficos siguientes se presenta la evolución de la dependencia según niveles, leve, moderada o severa. El gráfico 5 muestra el porcentaje de dependientes por nivel, estimado partir de la tasa de dependencia ajustada y de la tasa de severización ajustada. Puede verse que la dependencia moderada tiene un aumento de casi 8 pp, la dependencia leve y la severa disminuyen casi 3 pp y 5 pp, respectivamente.

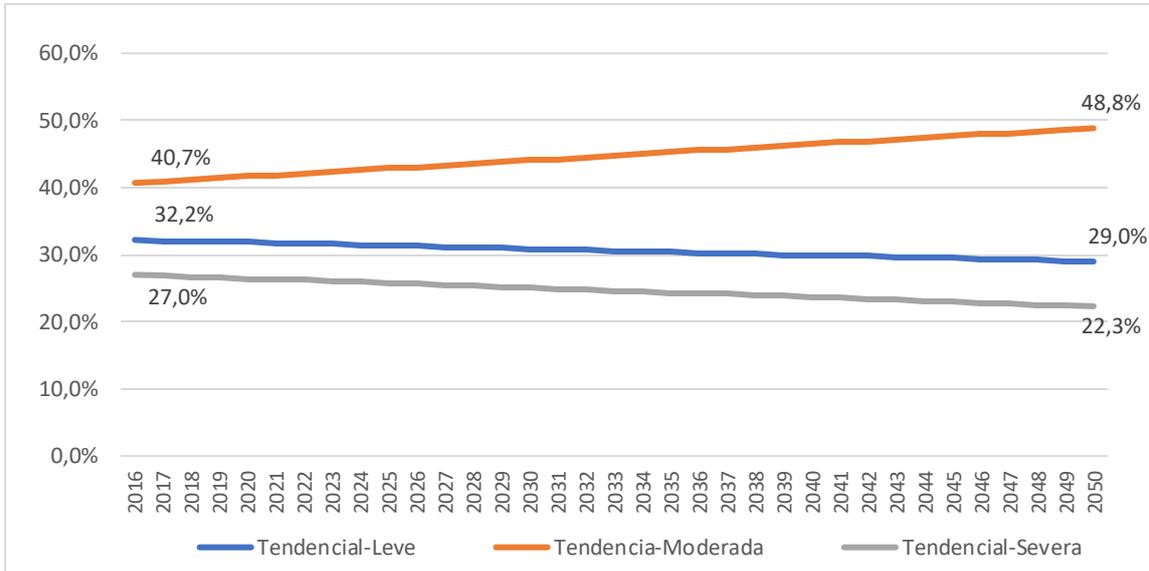
En el gráfico 6 se muestra la cantidad de personas con dependencia para cada nivel estimadas a partir de las mismas tasas de dependencia y severización que el gráfico anterior, pero para los tres escenarios demográficos considerados. Este gráfico complementa al anterior en la medida que permite ver la evolución del volumen de personas con dependencia. Se observa que en el escenario tres que es el de mayor volumen, en 2050 habría 52437 personas con dependencia leve, 88373 —más del doble que en 2016— con dependencia moderada, y 40368 con dependencia severa.

**Gráfico 5.** Evolución de los niveles de dependencia (escenario 1)



Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP

**Gráfico 6.** Evolución de la cantidad dependientes por nivel, según escenario



Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP

## **7. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS DE CUIDADO PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

### **7.1. Oferta de servicios de salud para la población adulta mayor**

En este apartado se realizará un análisis descriptivo de la oferta de servicios de salud en Uruguay, específicamente aquella orientada a la población de adultos mayores. En primer lugar, se realizará una descripción del Sistema Nacional Integrado de Salud implementado en Uruguay en el año 2008. En segundo lugar, se expondrá información sobre la oferta de servicios de salud orientada a la población bajo estudio (cantidad de instituciones y los recursos humanos destinados a los mismos). Finalmente, se analizará la cantidad de usuarios pertenecientes a cada uno de los subsectores de salud, así como los niveles de utilización específicos: cantidad de consultas ambulatorias, cantidad de consultas de emergencia, días de cama ocupados, entre otros.

#### **7.1.1. Los adultos mayores en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay**

En 2008 el sistema de salud de Uruguay comienza una profunda reforma basada en cuatro pilares fundamentales. Primero, garantizar la universalización en la atención, buscando asegurar una cobertura sanitaria de calidad hacia toda la población. Segundo, generar una distribución más equitativa de la carga económica, a partir de un pago per cápita ajustado en función del riesgo sanitario según sexo y edad. Tercero, cambiar el modelo de atención a partir del fortalecimiento de

una estrategia de Atención Primaria de la Salud. Por último, se fomenta la participación social de los trabajadores y usuarios en los ámbitos de conducción institucional del sistema.

En este contexto, se han implementado diversos programas y políticas sanitarias para dar cumplimiento a los objetivos de la reforma. A continuación, se hará referencia a aquellas que refieren a la población bajo estudio. En este marco, todos los prestadores integrales públicos y privados, comenzaron a formar parte del Sistema de Salud. Empezando por el nuevo sistema de aseguramiento, son cubiertos por el Seguro Nacional de Salud la personas que se jubilen a partir del 1º de enero de 2008, los jubilados previamente al 2008 cuyos ingresos totales mensuales no superen en 2.5 la Base de Prestaciones y Contribuciones, el resto de los trabajadores públicos no amparados previamente y el resto de los jubilados.<sup>11</sup>

Con relación al cambio del modelo de atención, a partir de 2008 se incorporan nuevas prestaciones de salud, destacándose salud mental, salud sexual y reproductiva, salud bucal entre otras. En este marco, se implementa el programa de Metas Asistenciales que consiste en un incentivo monetario provisto a las instituciones de salud basado en el cumplimiento de brindar ciertas prestaciones consideradas prioritarias por parte de la autoridad sanitaria. Entre ellas, se destaca la *meta 3* que estuvo orientada a la mejora de calidad de salud del adulto mayor, por lo cual los prestadores integrantes del SNIS debieron brindar prestaciones específicas a dicha población, a cambio de una transferencia económica por cumplimiento (MSP, 2010).

### **7.1.2. Oferta de servicios y usuarios dentro del sistema de salud**

En este apartado se realiza una descripción sobre la oferta de servicios que existe dentro del sistema de salud, así como la cantidad de usuarios que se atienden dentro del sistema. De esta forma se podrá analizar la distribución de la población adulta mayor dentro de los distintos prestadores que componen al sistema de salud.

#### **Recursos humanos y servicios de salud especializados**

El Sistema de Salud en Uruguay, tal como se mencionó, está compuesto por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), por el subsector público de

---

11 Cabe aclarar que los trabajadores no formales, pueden pagar una cuota individual o tener atención en ASSE (a través del carné de asistencia y en caso de que los ingresos se encuentren por encima de cierto umbral se deben abonar los aranceles que correspondan).

salud y los Seguros Privados. La siguiente tabla muestra la cantidad de instituciones con las que cuenta cada uno de los subsectores. Más adelante se destaca la cantidad de usuarios de forma de contar con un panorama sobre el alcance que presentan cada uno de los subsectores.

Según datos de la ECH (2013), Uruguay cuenta con 14078 médicos, de los cuales 5744 son médicos generales y 8334 son médicos especialistas. En particular, para el año 2017 las IAMC cuentan con un total 5293 cargos de médicos generales, 783 médicos intensivistas, 63 médicos de familia y 68 cargos de médicos geriatras.<sup>12</sup> Por su parte, el sector público, en 2017, dispone de 1731 cargos de medicina general, 327 de medicina familiar y comunitaria, 39 cargos de médico geriatra, 236 cargos de médicos intensivistas de adultos y 242 cargos de médicos internistas.<sup>13</sup>

En la tabla 21 se presenta la distribución de los usuarios adultos mayores por prestadores de salud sin considerar los servicios de salud policial y militar. Se puede observar la cantidad de usuarios mayores de 65 años y la proporción que los mismos representan sobre la cantidad de usuarios totales para el período comprendido entre 2010 y 2018.

**Tabla 8.** Cantidad de instituciones de salud públicas y privadas que componen el SNIS

Cantidad de instituciones	
IAMC	41
Seguros privados	6
Subsector público*	6

\* El subsector público está compuesto por el Hospital de Clínicas, Sanidad Policial, Sanidad Militar, ASSE, el Banco de Previsión Social que cuenta con un Servicio Materno Infantil, y el Banco de Seguros del Estado que cuenta con un sanatorio propio.

Fuente: Ministerio de Salud Pública.

De la tabla 21 se desprende que ha aumentado la proporción de personas mayores de 65 años afiliadas a las IAMC y a los seguros privados. Esto puede deberse a un aumento de la cantidad absoluta de personas mayores de 65 años o a una disminución de la cantidad de usuarios totales de esas instituciones. Por otra parte, al observar la evolución de la proporción de personas mayores a 65 años

12 Se diferencian los cargos de las personas, en el entendido que una misma persona en una institución puede tener distintos cargos.

13 Los datos expuestos del Sector Público corresponden únicamente a ASSE, que es con lo que se cuenta información.

en ASSE, se evidencia un incremento en los primeros años posteriores a la reforma, y luego una disminución leve. Este hecho puede explicarse por un desplazamiento de los usuarios entre los sectores o simplemente por un aumento de la cantidad de personas en ese rango de edad cubiertas por el Sistema de Salud.

**Tabla 9.** Cantidad de usuarios de salud de 65 años y más por subsector. Período 2010-2018

	IAMC		ASSE		Seguros privados	
	Cantidad	Proporción	Cantidad	Proporción	Cantidad	Proporción
2010	293.520	15,46%	150.351	12,26%	5.838	7,16%
2011	297.256	14,94%	162.324	13,39%	6.232	7,41%
2012	307.379	15,03%	190.544	15,62%	6.637	7,56%
2013	316.635	15,09%	205.196	16,21%	7.017	7,68%
2014	327.569	15,32%	206.169	15,89%	7.602	8,10%
2015	339.436	15,85%	206.927	15,77%	8.210	8,48%
2016	351.189	16,20%	185.062	14,84%	8.852	8,97%
2017	357.458	16,44%	188.398	14,59%	9.221	9,11%
2018	360.498	16,74%	192.176	14,19%	9.772	9,53%

Fuente: División de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública.

Es importante recalcar la importancia que tuvo la incorporación de los jubilados dentro de la reforma sanitaria, que generó un incremento de la cobertura de esta población que previamente se atendía o vía el subsector público de salud (en caso de no alcanzar cierto umbral de ingresos) o en el subsector privado a través del pago de bolsillo.

### **7.1.3. Tasas de utilización y servicios de larga estadía**

En este apartado se muestran algunos indicadores sobre la utilización de distintos servicios de salud que presenta la población bajo estudio, particularmente, la cantidad de consultas ambulatorias, de emergencia, la cantidad de personas en CTI-CI, entre otros.

En la tabla 22 se muestran las tasas de utilización para la población adulta mayor y para el total, para el período 2007-2016, de modo de observar la proporción de uso de los adultos mayores. Los datos son para las IAMC.<sup>14</sup> Como es esperable, la proporción de utilización es relativamente alta, especialmente en internación domiciliaria, cuidados básicos y CTI-CI, donde superan la mitad de la utilización total.

---

<sup>14</sup> No se ha conseguido al momento información sobre las tasas de utilización del subsector Público de Salud.

**Tabla 10.** Tasas de utilización de la población de 65 años y más y población total. Período 2007-2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Prom. perío.
<b>Atención en policlínica</b>											
<b>&gt;= 65</b>	207590	220652	233812	238865	238617	234909	237752	243479	245326	247065	234807
<b>Total</b>	634944	736351	818276	832835	860973	877507	887704	917723	921939	924448	841270
<b>%</b>	33%	30%	29%	29%	28%	27%	27%	27%	27%	27%	28%
<b>Emergencia centralizada</b>											
<b>&gt;= 65</b>	17038	19339	17776	19458	21078	19865	19474	19918	20743	21353	19604
<b>Total</b>	93824	112634	119996	128883	144968	151979	146963	148503	152555	150236	135054
<b>%</b>	18%	17%	15%	15%	15%	13%	13%	13%	14%	14%	15%
<b>Domicilio no urgente</b>											
<b>&gt;= 65</b>	24677	25260	27163	28016	27984	29960	32407	32770	33156	33226	29462
<b>Total</b>	46155	52803	62126	62306	67303	74659	76924	80113	82456	82378	68722
<b>%</b>	53%	48%	44%	45%	42%	40%	42%	41%	40%	40%	43%
<b>Domicilio urgente</b>											
<b>&gt;= 65</b>	6173	6472	6704	7698	7972	7961	8496	10506	11010	11270	8426
<b>Total</b>	23234	29104	35296	35546	36610	35410	37321	40304	40087	39855	35277
<b>%</b>	27%	22%	19%	22%	22%	22%	23%	26%	27%	28%	24%
<b>Internación domiciliaria</b>											
<b>&gt;= 65</b>	5482	5863	8710	10297	13144	13813	12541	10971	9876	10268	10255
<b>Total</b>	8730	9835	14280	16388	20172	21769	20501	17563	16285	16493	16460
<b>%</b>	63%	60%	61%	63%	65%	63%	61%	62%	61%	62%	62%
<b>Cuidados básicos (DCO)</b>											
<b>&gt;= 65</b>	1025	1118	948	951	1006	755	765	457	312	254	759
<b>Total</b>	1135	1373	1046	1055	1118	831	823	529	344	316	857
<b>%</b>	90%	81%	91%	90%	90%	91%	93%	86%	91%	80%	89%
<b>Cuidados moderados</b>											
<b>&gt;= 65</b>	29038	27882	29968	31115	28407	30950	30869	31420	32396	33446	30549
<b>Total</b>	63234	66300	76354	77210	70735	79294	80123	82937	83443	83327	76296
<b>%</b>	46%	42%	39%	40%	40%	39%	39%	38%	39%	40%	40%
<b>CTI-CI</b>											
<b>&gt;= 65</b>	3874	3949	4217	4412	4269	4597	4676	4750	4909	5233	4489
<b>Total</b>	6846	7161	7943	7920	7791	8442	8399	8628	8716	8992	8084
<b>%</b>	57%	55%	53%	56%	55%	54%	56%	55%	56%	58%	56%
<b>Block quirúrgico</b>											
<b>&gt;= 65</b>	2249	2524	2502	2715	2742	2739	2757	2842	3021	3187	2728
<b>Total</b>	8074	9307	9858	10459	10868	11546	11924	12442	13064	13135	11068
<b>%</b>	28%	27%	25%	26%	25%	24%	23%	23%	23%	24%	25%

Fuente: SINADI, MSP. Período 2006-2016.

## 7.2. Oferta de servicios de cuidados para la población adulta mayor

En el presente apartado presentaremos una síntesis de la oferta de cuidados que se brinda actualmente desde el Estado para los adultos mayores. En primer lugar, se presentará brevemente la institucionalidad encargada del diseño de políticas para adultos mayores y en situación de dependencia: el Instituto Nacional de Personas Mayores (Inmayores) y el Sistema Nacional Integrados de Cuidados (SNIC). Seguidamente se detallarán los distintos programas que conforman la oferta pública de programas para adultos mayores.

### 7.2.1. Institucionalidad

#### **Instituto Nacional de Personas Mayores**

El Instituto Nacional de Personas Mayores, cuyo cometido es la promoción integral de las personas adultas mayores, comenzó a funcionar en 2012 (enmarcada su creación en la Ley 18.617) y dentro de la dependencia del Ministerio de Desarrollo Social. Entre sus funciones se encuentra el diseño, evaluación y coordinación de las políticas sociales dirigidas a los adultos mayores además de la promoción de actividades de investigación y divulgación sobre la temática (Roqué y Fassio, 2018). Además, esta institución es la encargada de coordinar la elaboración del Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez.<sup>15</sup>

#### **Sistema Nacional Integrados de Cuidados**

En 2015, con la promulgación de la ley 19353, se crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, así como tres órganos específicos para darle marco: la Junta Nacional de Cuidados, la Secretaría Nacional de Cuidados, y el Comité Consultivo de Cuidados. La Junta Nacional de Cuidados, el órgano de mayor jerarquía, tiene por objetivo fijar los lineamientos estratégicos de la política de cuidados y está conformado por los Ministros de Desarrollo Social, Salud Pública, Trabajo y Seguridad Social, Educación y Cultura, Economía y Finanzas, así como los titulares de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay; del Banco de Previsión Social, de la Administración Nacional de Educación Pública y la presidencia del Congreso de Intendentes. Por

---

15 Se elaboraron los planes para los períodos 2013-2015 y 2016-2019.

otra parte, la Secretaría de Cuidados, que se encuentra en el Ministerio de Desarrollo Social, es la encargada de articular la puesta en marcha del SNIC (Sistema de Cuidados, 2020).

El Sistema de Cuidados establece cinco ejes de trabajo como líneas de acción: servicios, regulación, formación, gestión de la información y conocimiento, y comunicación. El eje de servicios contiene la creación y regulación de servicios orientados a mejorar la calidad de vida y autonomía de las personas en situación de dependencia y contiene tanto a los servicios de cuidados públicos como privados. Complementariamente el eje de regulación establece el marco regulatorio para la implementación de la política, e incluye también la regulación laboral. Mediante el eje de formación se busca promover la capacitación de los cuidadores, valorizando la tarea de cuidados y también de forma de permitir brindar servicios de calidad. Por último, mediante la gestión de la información y conocimiento se busca generar información relevante en la temática de forma de ayudar en la discusión de política pública y en el seguimiento de las acciones del sistema. Por último, mediante el eje de comunicación se busca promover el derecho a los cuidados y el cambio cultural en donde la corresponsabilidad social y de género estén en el centro (Sistema de Cuidados, 2020).

### ***7.2.2. Oferta pública y regulación de servicios de cuidados para adultos mayores***

A continuación, se presentan los distintos programas que hacen al cuidado de las personas adultas mayores, detallando el objetivo del programa y quienes son los potenciales usuarios. Para esto se siguió tanto el documento de balance realizado por el Sistema de Cuidados (Sistema de Cuidados, 2020) como el trabajo de Acosta, Picasso y Perrotta (2018).

#### **Centros de larga estadía**

Los centros de larga estadía son establecimientos que brindan alojamiento de forma permanente o transitoria a las personas que allí residen (residenciales en caso de que la institución que los brinda sea con fines de lucro, u hogares en otro caso). La regulación de dichos centros se incorpora al Sistema Nacional Integrado de Cuidados a partir del decreto 356/016. Este decreto, se encuentra enmarcado en lo establecido por la Convención interamericana de derechos humanos establecida por la Organización de Estados Americanos (OEA) para la protección de las personas mayores. En esta regulación se establecen ciertos criterios en cuanto a las competencias de distintas instituciones: Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud Pública. Asimismo, se incorporan criterios para mejorar la calidad de los centros como contar con el personal calificado para la atención,

siendo responsabilidad del SNIC la formación de recursos humanos. Como ejemplo de las regulaciones mencionadas, se establece que se necesita que por cada cinco personas dependientes haya una persona de la salud en los turnos diurnos, y el ratio es de 1 por cada 10 en el turno nocturno (Decreto 3556/016). Asimismo, se requiere que todos los centros habilitados para la atención de dicha población cuenten con objetivos específicos para fomentar el desarrollo motor, estimular la autonomía, la participación, entre otras actividades.

A su vez, se observa que un 3% de los mayores de 65 se encuentra residiendo en centros de larga estadía, un total de aproximadamente 15.000 personas (SNIC, 2019). Es importante contar con información del tipo de dependencia de la población que reside en estas instituciones, con la que no se cuenta hasta el momento. Además, según datos relevados por INMAYORES en 2015, hay 1124 centros privados y 12 centros públicos de larga estadía.

Respecto a la oferta pública de centros de larga estadía, se cuenta con un programa (Cupo Cama) que es parte del Programa de Soluciones Habitacionales del BPS, cuyos usuarios son personas jubiladas o pensionistas que perdieron su autonomía. Además, en el centro geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo se atiende a personas usuarias de ASSE que sean mayores de 65 años y se encuentren en situación de dependencia severa y con problemas socioeconómicos.

## **Centros de día**

Los Centros de Día son centros socio terapéuticos que brindan cuidados integrales a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia leve y moderada, que viven en su domicilio particular. El régimen ambulatorio permite que la persona pueda continuar viviendo en su entorno habitual y al mismo tiempo estimular su autonomía y además redistribuir las tareas de cuidados. El programa, que está bajo la esfera del SNIC, comenzó su implementación en 2018. Los centros de día ofrecen servicios de atención sociosanitaria y preventiva, al tiempo que estimulan la realización de actividades de la vida diaria. Se busca también la integración comunitaria y el apoyo a los familiares cuidadores de la persona usuaria.

Para poder ingresar al programa, cada Centro de Día mantiene una entrevista con el posible usuario en donde se presenta el proyecto institucional del centro, así como las instalaciones. Las personas que decidan hacer uso del servicio pueden elegir concurrir dos, tres o cinco veces a la semana y en medio turno (4 h) o turno completo (8 h). En esta primera etapa de los centros de día, se contó con 270 cupos financiados por el SNIC de los cuales se cubrieron 115. Es de destacar que el programa de Centro de Día es compatible con el uso del programa de Teleasistencia, y además está coordinado con el programa de Asistentes Personales de modo que, si el usuario de Centro de Día empeora su situación y deja de tener

autonomía, puede aplicar al programa de Asistentes Personales sin importar el criterio de edad que rige para este último programa.

### **Asistentes personales**

Con la implementación del SNIC, también se rediseñó el programa de Asistentes Personales cuyo objetivo es promover el acceso a cuidados de calidad para las personas en situación de dependencia severa. La implementación del programa es progresiva, otorgando subsidio a personas con dependencia severa menor de 29 años y mayores de 80 años. Por medio del programa se accede a un subsidio, que puede ser total o parcial, para la contratación de un asistente personal por 80 horas mensuales para asistir y acompañar el desarrollo de las actividades de la vida diaria, que son convenidas entre la persona cuidada, su familia y el asistente personal. Es de destacar que la asistencia no supe actividades que corresponden a otros profesionales tales como la salud, o educación, ni al cuidador/cuidadora principal.

Además de la prestación, en el marco de este programa se creó un Registro de Asistentes Personales del Sistema de Cuidados/Banco de Previsión Social. Para poder obtener el subsidio, la persona contratada como asistente personal tiene que estar en dicho registro. La contratación puede ser individual por parte de la persona usuaria, o también a través de cooperativas de trabajo o empresa privadas de cuidado con convenio con la Secretaría.

La cobertura del programa a setiembre de 2019 era de 5791 personas, de las cuales 2287 eran mayores de 80 años. El 80 % de las personas usuarias mayores de 80 años son mujeres. Para los próximos años se espera la ampliación del programa de forma de poder alcanzar a la población con dependencia severa de todas las edades.

### **Teleasistencia**

El objetivo del programa es contribuir al cuidado de las personas en situación de dependencia leve y moderada mediante la recepción y derivación de urgencias/emergencias en el domicilio. El programa brinda un subsidio para la contratación de un servicio que permite que las personas en situación de dependencia avisen a una persona de contacto en caso de ocurrir cualquier incidente en el hogar. Para esto, se utiliza un collar o una pulsera que al ser presionada avisa a un centro de atención disponible 24 horas.

El servicio de teleasistencia puede ser solicitado actualmente por los mayores de 70 años con dependencia leve o moderada que residan en hogares particulares o pensiones. Actualmente el servicio es brindado por cinco empresas (ANDA, Cavida, Centel, Confianza y Helpline) y se cuenta con aproximadamente

1400 usuarios. Además, al igual que en el programa Centros de Día, en caso de que el nivel de dependencia se vea incrementado y pase a ser severo, podrán postular a Asistentes Personales, con independencia de su edad.

### 7.3. Conclusiones

Como se desprende del análisis realizado en las secciones anteriores, la demanda de cuidados en términos absolutos seguirá creciendo en los próximos 30 años. La oferta y regulación de cuidados para personas dependientes también ha aumentado sustancialmente en este último tiempo, fundamentalmente gracias a la creación de Inmayores y del Sistema Nacional de Cuidados. Sin embargo, aún no se ha cubierto a toda la población dependiente (tal cómo se muestra al comparar los números de beneficiarios de los distintos programas con respecto al total de la población dependiente actual).

Para poder responder a las demandas próximas respecto a cuidados y salud en los adultos mayores, es necesario seguir aumentando la oferta, elemento planteado en los planes elaborados sobre este tema, (por ejemplo, que el programa de asistentes personales vaya incorporando gradualmente a los menores de 80 años hasta poder alcanzar a toda la población), pero será necesario continuar el incremento dado el envejecimiento futuro de la población.

En este contexto, resulta fundamental el fortalecimiento, diseño e implementación de programas y políticas orientadas a la población adulta mayor. El marco actual del SNIS junto con el cambio del modelo de atención y su forma de financiamiento, así como la constitución del SNIC resultan bases claves para dicho objetivo. Además, la articulación entre los distintos subsistemas (salud y cuidados) junto con otras políticas sociales del Estado, es necesaria dado la relación que existe entre la prevalencia de enfermedades no transmisibles, la situación de dependencia de los adultos mayores y ciertas características socioeconómicas de los hogares a los que pertenecen los mismos.

## 8. CONSIDERACIONES FINALES

A modo de síntesis, para el año 2016, la población adulta mayor dependiente asciende a 94.985 personas, que representan el 19.5% de la población de 65 años y más. A su vez, el análisis prospectivo muestra que la población de adultos mayores crecerá de manera sostenida durante todo el período considerado, pasando de un 14% de personas de 65 años y más en 2016 (487.409 personas) a un porcentaje que oscilará entre el 22 y el 26% en 2050 (entre 823.871 y 1.012.657 personas). Es decir, en treinta años uno de cada cuatro uruguayos pertenecerá al grupo de edades avanzadas, lo que anuncia un panorama demográfico signado por el envejecimiento. En este contexto, la dependencia por limitaciones físicas o psíquicas en la vejez es una realidad irreversible, que en 2016 afectaba al 19% de la población de 65 años y más y que en 2050 tendrá una prevalencia estimada en el entorno del 17% en este mismo grupo etario. A pesar de la esperable disminución de la proporción de personas dependientes, su volumen continuará creciendo en los próximos años, lo que reafirma el enorme desafío que tiene el sistema de bienestar y protección social uruguayo para hacer frente al envejecimiento poblacional y sus consecuencias en materia de seguridad social, cuidados y salud. Uno de ellos es cómo asegurar el derecho de los adultos mayores a ser asistidos en su dependencia mediante políticas públicas de cuidados que sean sostenibles financieramente.

En este marco, resulta oportuno realizar algunas consideraciones sobre las políticas de cuidados en el Uruguay, en términos de su enfoque, alcance e implementación, algunas de las cuales trascienden los resultados de este estudio y que refieren a aspectos conceptuales que requieren ser reafirmados en un contexto político de reformas como el que está atravesando el país.

El primer aspecto para destacar es que el cuidado debe entenderse como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado y priorizado como política

pública. En la misma línea de los países europeos que han asumido el compromiso político con la atención a la dependencia, es imprescindible dar pasos sustantivos en la consolidación de los servicios sociales para la dependencia como uno de los pilares fundamentales de la matriz de protección social, para contribuir al bienestar de las personas dependientes y sus familias.

En segundo lugar, cabe señalar que la dependencia es una situación muy probable en la vejez para cualquier persona, de modo que no debería estar cargada de connotaciones negativas. Es necesario superar la concepción de la dependencia como un estado negativo que debe necesariamente ser revertido. Esto tiene implicancias para la política de cuidados al menos en dos sentidos, primero, es importante evitar el sesgo asistencialista de la política pública y profundizar enfoques basados en el empoderamiento y la promoción del ejercicio de derechos de las personas en situación de dependencia. Segundo, dependencia y cuidado son fenómenos que se implican mutuamente, lo cual supone que la política de cuidados debe necesariamente considerar también a las familias de los dependientes, y a las personas que cuidan tanto de manera remunerada como no remunerada. Como se ha dicho antes, contrariamente a lo que ocurre con la dependencia, los cuidados se conciben socialmente como una actividad valiosa y positiva, sin embargo, no necesariamente lo son si comprometen las oportunidades y el bienestar de quienes lo proveen.

Con relación a este segundo aspecto, cabe destacar que la política de cuidados también debe tener como objetivo reducir la carga de trabajo de cuidados en los hogares, especialmente de las mujeres, así como facilitar la conciliación entre el trabajo doméstico y el trabajo remunerado. También deber asegurar condiciones de trabajo adecuadas y ajustadas a la legislación para las cuidadoras remuneradas, así como su formación para ofrecer una atención de la mejor calidad posible. A su vez, estas definiciones deben necesariamente tener un correlato en el diseño institucional que da soporte a la política de cuidados.

Retomando los resultados de este estudio con relación a las principales características socioeconómicas de la población dependiente, se ha señalado que la mayoría son mujeres, y para el grupo de mujeres, el 43,2% tiene dependencia moderada (31,1% leve y 25,7% severa), mientras que para el grupo de hombres el valor más alto es el de dependencia leve (35,3% leve, 33,6% moderada y 30,9% severa). Además, la dependencia también es más alta para los deciles de ingresos más bajos.

Adicionalmente, el estudio muestra que las enfermedades crónicas están correlacionadas positivamente con la probabilidad de estar en situación de dependencia, en particular, la artrosis y artritis, y otras enfermedades distintas a las preguntadas en la encuesta. Es de destacar que las correlaciones son más altas al considerar la dependencia leve y moderada, y más bajas en el caso de la dependencia severa. Estos resultados llaman la atención sobre la necesidad de prevenir

y aplazar el surgimiento de enfermedades óseas a lo largo del ciclo vital, para retrasar la dependencia y enlentecer el proceso de severización. La literatura especializada coincide en la importancia de tener hábitos y estilos de vida saludables, evitar el sedentarismo, tener un buen programa de ejercicios en la medida de lo posible, y evitar el uso prolongado de indumentaria que pueda ser nociva (Pereira et al., 2002). A su vez, se ha demostrado que el diagnóstico oportuno con un tratamiento adecuado es determinante para retrasar los efectos más agudos de estas enfermedades (Majithia y Geraci, 2007).

Por otra parte, estos resultados advierten sobre la estrecha relación entre dependencia y salud, que llama la atención sobre la importancia de profundizar mucho más la relación entre el sistema de cuidados y el sistema de salud. Se hace necesario el desarrollo de servicios y prestaciones de asistencia complejos, integrales y de calidad, que articulen componentes sociales y sanitarios para estimular la autonomía y/o asegurar la calidad de vida de las personas. A modo ilustrativo, podría considerarse que servicios de cuidados como los *centros de día* incluyan en su plan de acción estrategias orientadas a prevenir y retrasar el surgimiento de ciertas enfermedades y trastornos. A su vez, dada la proximidad con las familias, los *asistentes personales* (AP) pueden orientar a los responsables de los cuidados en el hogar en la promoción de la salud de los miembros con dependencia. Esto supone incluir la promoción de hábitos de vida saludables y de la autonomía en la formación de las personas que trabajan como AP.

Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud Pública a través del Programa del Adulto Mayor, puede generar líneas de acción específicas con el fin de promover acciones sanitarias para prevenir diversas enfermedades que puedan llevar al aumento de la dependencia. En este marco, se puede pensar en el instrumento de las Metas Asistenciales, para implementar dichos programas en los distintos prestadores de salud.

Se ha encontrado que casi el 20 % los adultos mayores de 65 años viven solos, una situación que puede ser perjudicial para el bienestar emocional y la salud mental si se convierte en soledad crónica y/o aislamiento social. De modo que se hace necesario conocer con mayor detalle las situaciones de convivencia de los adultos mayores en Uruguay, así como los espacios de socialización y redes de apoyo de los que disponen. También es importante conocer el uso del tiempo en esta población y la percepción que tienen del mismo, que permitirían una aproximación, no solo a los déficits de cuidados, sino también de apoyo, compañía y contacto social. Los *Centros de día* pueden tener un rol importante como espacio de socialización y promotor de redes de apoyo.

A su vez, la soledad en situaciones de dependencia puede implicar un riesgo para la salud, incluso vital, si no se recibe atención en el momento ante una emergencia o imprevisto, como ser una caída, un golpe, la falta de asistencia ante una emergencia de salud, etc. En este sentido, además de asegurar los cuidados

regulares, se debe proveer asistencia en situaciones de emergencia. En este sentido, una posibilidad a explorar es la ampliación del servicio de *teleasistencia en casa* a todas las personas adultas mayores dependientes que viven solas.

Complementariamente, también es importante desarrollar una estrategia orientada a acondicionar las viviendas a las necesidades de los adultos mayores y especialmente a aquellos con dependencia. La realidad de muchas personas es la de un doble confinamiento, en el hogar y dentro de él, a unos espacios específicos por razones derivadas de su condición física. Por tanto, es oportuno explorar posibles medidas de apoyo financiero para adaptaciones de la vivienda.

Finalmente, cabe destacar que el desarrollo reciente de las políticas de atención a la dependencia en nuestro país, a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, requiere una profundización sustantiva y un incremento progresivo de recursos para atender una demanda, que se prevé en aumento durante los próximos años. Es necesario avanzar hacia la consolidación de los cuidados como un pilar de la protección social en Uruguay al mismo nivel que la salud, la seguridad social y la educación, con una asignación presupuestal acorde. Según Colacce y Zurbrigg (2020) el gasto público para estos componentes fue (en millones de pesos) casi 140.000 en seguridad y asistencia social, casi 65.000 en educación y casi 45.000 en salud, en tanto que en 2019 el gasto público en cuidados fue de algo más de 3.200. Una asignación mayor de recursos permitirá expandir la cobertura aún insuficiente de los programas que ya existen e incluso crear algunos nuevos. También permitiría aumentar los subsidios para el financiamiento de los servicios, contribuyendo a reducir el esfuerzo de los hogares para garantizar el cuidado de sus miembros en situación de dependencia, lo cual resulta especialmente importante considerando que el 60 % de los adultos mayores dependientes se encuentran en los cinco deciles de ingreso más pobres, y en un contexto de crisis por la pandemia global del SARS-CoV-2 (covid-19) cuyas consecuencias y duración en el tiempo aún es difícil de predecir.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOSTA, E., PICASSO, F., y PERROTTA, V. (2018). *Cuidados en la vejez en América Latina. Los casos de Chile, Cuba y Uruguay*. Programa Interdisciplinario de Investigación sobre Cuidados, Familia y Bienestar.
- AGUIRRE, R. (2003). *Género, ciudadanía social y trabajo*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología.
- ARANCO, N., STAMPINI, M., IBARRARÁN, P., MEDELLÍN, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo, Resumen de Políticas N° IDB-PB-273.
- BALTES, M. M., y CARSTENSEN, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16(4), 397-422.
- BATHYÁNY, K. (2002). Maternidad y trabajo asalariado. Las estrategias de cuidado infantil de las mujeres en Montevideo. Estudio de caso múltiple. En E. MAZZEI (comp.), *El Uruguay desde la sociología*, I (pp. 213-233). Montevideo: Departamento de Sociología-FCS-UDELAR.
- BATHYÁNY, K., GENTA, N., y PERROTTA, V. (2012). Encuesta Nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Persistencias de un mandato de género. Montevideo. *Revista Asuntos de Género*, CEPAL.
- BERGOLO, M., CRUCES, G. 2014. Work and tax evasion incentive effects of social insurance programs. Evidence from an employment based benefit extension. *Journal of Public Economics*, 117, 211-228.
- BOND, J., y CABRERO, G. R. (2007). Health and dependency in later life. *Ageing & Society*, 3, 113-141.
- BORDERÍAS, C., CARRASCO, C., y ALEMANY, C. (1994). *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Icaria.
- CASADO MARÍN, D. (2007). *Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España* (N.º 201068). Fundación BBVA.

- CHACKIEL, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina*. Santiago: CEPAL.
- CLEGG, A., YOUNG, J., ILIFFE, S., RIKKERT, M. O., y ROCKWOOD, K. (2013). Frailty in elderly people. *The lancet*, 381(9868), 752-762.
- COLACCE, M., y MANZI, P. (2017). *El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados: una mirada de largo plazo*.
- COLACCE, M., y ZURBRIGG, J. (2020). Gasto público social: un análisis territorial.
- DIJKSTRA, A. (2017). Care Dependency. En S. SCHÜSSLER y C. LOHRMANN (eds.), *Dementia in Nursing Homes*. Springer, Cham.
- FINE, M., y GLENDINNING, C. (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency'. *Ageing & Society*, 25(4), 601-621.
- FRENK, J., FREJKA, T., BOBADILLA, J. L., STERN, C., LOZANO, R., SEPÚLVEDA, J., y JOSÉ, M. (1991). *La transición epidemiológica en América Latina*.
- HOCHSCHILD, A. R. (1990). Ideology and emotion management: A perspective and path for future research. *Research agendas in the sociology of emotions*, 117, 117-142.
- HUENCHUAN, S. (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago: CEPAL.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). (2014). *Microdatos Encuesta Continua de Hogares*.
- JUNTA NACIONAL DE SALUD (JUNASA). (2010). *Rendición de Cuentas, Ejercicio 2009*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Versión preliminar.
- LIVINGSTON, G., SOMMERLAD, A., ORGETA, V., COSTAFREDA, S. G., HUNTLEY, J., AMES, D.,... y COOPER, C. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673-2734.
- MAITRE, I., VAN WYMELBEKE, V., AMAND, M., VIGNEAU, E., ISSANCHOU, S., y SULMONT-ROSSÉ, C. (2014). Food pickiness in the elderly: Relationship with dependency and malnutrition. *Food quality and preference*, 32, 145-151.
- MAJITHIA, V., y GERACI, S. A. (2007). Rheumatoid arthritis: diagnosis and management. *The American journal of medicine*, 120(11), 936-939.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP). (2010). *Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay. Informe final*. Montevideo: MSP, División Economía de la Salud.
- O'BRIEN, J., y THOMAS, A. (2015). Vascular dementia. *The Lancet*, 386(10004), 1698-1706.
- OPP (2018). *Escenarios demográficos Uruguay 2050*. Disponible en: [https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/documentos/2018-05/2257\\_Escenarios\\_demograficos\\_Uruguay\\_2050\\_-\\_web.pdf](https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/documentos/2018-05/2257_Escenarios_demograficos_Uruguay_2050_-_web.pdf) [30.5.2019].
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2009). *Perfil de los sistemas de salud, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Montevideo: OPS.
- PELLEGRINO, A. (2010). *La población de Uruguay. Breve caracterización demográfica*. Montevideo: UNFPA.

- PEREIRA, J. V., MODESTO-FILHO, J., DE FAGRA, M., y BARBOSA-FILHO, J. M. (2002). Plant and plant-derived compounds employed in prevention of the osteoporosis. *Acta Farmaceutica Bonaerense*, 21(3), 223-234.
- PÉREZ, A. T. (2006). Libro Blanco para las personas en situación de dependencia en España. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 60, 47-56.
- PRADERE, G., y KATZKOWICZ, N. (2014). *Oferta y necesidades de recursos humanos en salud*. Montevideo: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, Uruguay.
- PRINCE, M., BRYCE, R., ALBANESE, E., WIMO, A., RIBEIRO, W., y FERRI, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia*, 9(1), 63-75.
- ROQUÉ, M., y FASSIO, A. (comps.) (2018). *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur*. Sistema Regional de Información y Aprendizaje para el Diseño de Políticas Públicas en torno al Envejecimiento
- ROEBUCK, J. (1979). When does old age begin?: The evolution of the English definition. *Journal of Social History*, 12(3), 416-428.
- SCHIAFFINO, A., RODRÍGUEZ, M., PASARÍN, M. I., REGIDOR, E., BORRELL, C., y FERNÁNDEZ, E. (2003). ¿Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 51-51.
- SISTEMA DE CUIDADOS (2020). *La construcción del cuarto pilar de la matriz de protección social en Uruguay*. Montevideo: MIDES.
- SISTEMA DE CUIDADOS. (2019). Centros de larga estadía. Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/69583/centros-de-larga-estadia>.
- SISTEMA DE CUIDADOS (2018). *Construcción de baremos para valoración de dependencia*. Montevideo: MIDES.
- SISTEMA DE CUIDADOS (2017). *Informe anual 2017*. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/97732/1/informe-anual-2017---web.pdf>. [30.5.2019].
- SISTEMA DE CUIDADOS. (2016). Decreto 3556/016. Recuperado de <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/68588/1/16.11.07---decreto-centros-de-larga-estadia.pdf>
- TRONTO, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Psychology Press.
- UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, POPULATION DIVISION (2015). *World Population Ageing 2015* (ST/ESA/SER.A/390). Recuperado de [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf).
- WOOLDRIDGE, J. M. (2001). Applications of generalized method of moments estimation. *Journal of Economic Perspectives*, 15(4), 87-100.

## ANEXO

**Tabla 11.** Correlación entre enfermedades crónicas y la probabilidad de tener dependencia severa, moderada y leve respecto a ser no dependiente

VARIABLES	Dependencia leve (1)	Dependencia moderada (2)	Dependencia severa (3)
	Efectos marginales	Efectos marginales	Efectos marginales
Asma	-0.0102*** (0.00118)	0.0125*** (0.00145)	0.0261*** (0.00128)
Artrosis y artritis	0.0303*** (0.000867)	0.0601*** (0.00100)	0.0293*** (0.000747)
Hipertensión	-0.00417*** (0.000693)	0.0248*** (0.000783)	-0.00319*** (0.000564)
Diabetes	0.0141*** (0.000963)	0.0172*** (0.000997)	0.0237*** (0.000882)
Problemas cardíacos	0.0196*** (0.000942)	0.0579*** (0.00114)	0.00153** (0.000692)
Columna	0.0379*** (0.000983)	-0.00348*** (0.000818)	0.0114*** (0.000704)
Otras enfermedades	0.0317*** (0.000950)	0.0316*** (0.000994)	0.0840*** (0.00108)
Observaciones	487,014	487,014	487,014

Errores estándar robustos entre paréntesis

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

**Tabla 12.** Cantidad y porcentaje de personas de 65 y más por año, según escenario

	Tendencial		Con aumento EV		Con caída Fec	
2016	487.409	14,0%	490.402	14,1%	486.337	14,0%
2017	492.540	14,1%	498.485	14,2%	491.235	14,1%
2018	498.186	14,2%	507.713	14,4%	496.672	14,2%
2019	504.635	14,4%	518.244	14,7%	502.921	14,3%
2020	512.201	14,5%	530.416	14,9%	510.295	14,5%
2021	520.829	14,7%	544.087	15,2%	518.760	14,7%
2022	530.126	14,9%	558.754	15,5%	527.877	14,9%
2023	539.661	15,1%	574.005	15,9%	537.250	15,1%
2024	549.292	15,4%	589.580	16,2%	546.734	15,4%
2025	559.168	15,6%	605.588	16,6%	556.467	15,6%
2026	569.527	15,8%	622.260	17,0%	566.674	15,8%
2027	580.373	16,1%	639.531	17,3%	577.382	16,1%
2028	591.411	16,4%	657.138	17,7%	588.295	16,4%
2029	602.219	16,6%	674.576	18,1%	598.980	16,6%
2030	612.405	16,8%	691.342	18,5%	609.031	16,9%
2031	621.705	17,1%	707.167	18,8%	618.212	17,1%
2032	630.219	17,3%	722.252	19,1%	626.622	17,3%
2033	638.518	17,4%	736.958	19,4%	634.815	17,5%
2034	647.345	17,6%	752.214	19,8%	643.522	17,7%
2035	657.005	17,9%	768.255	20,1%	653.087	18,0%
2036	667.265	18,1%	784.863	20,5%	663.237	18,3%
2037	677.663	18,4%	801.489	20,8%	673.536	18,5%
2038	688.019	18,6%	817.935	21,2%	683.792	18,8%
2039	698.632	18,9%	834.619	21,6%	694.301	19,1%
2040	710.040	19,2%	851.902	22,0%	705.605	19,4%
2041	722.496	19,5%	870.176	22,4%	717.967	19,8%
2042	735.702	19,9%	889.055	22,8%	731.078	20,2%
2043	749.012	20,2%	907.758	23,2%	744.272	20,6%
2044	761.762	20,5%	925.646	23,7%	756.924	20,9%
2045	773.569	20,9%	942.391	24,0%	768.666	21,3%
2046	784.494	21,1%	957.925	24,4%	779.491	21,6%
2047	794.752	21,4%	972.471	24,7%	789.665	22,0%
2048	804.555	21,7%	986.268	25,1%	799.402	22,3%
2049	814.167	22,0%	999.563	25,4%	808.926	22,6%
2050	823.871	22,2%	1.012.657	25,7%	818.561	22,9%

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 13.** Cantidad y porcentaje de personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según dependencia constante o ajustada y escenario demográfico

	Dependencia constante						Dependencia ajustada a la baja					
	Tendencial		Con aumento EV		Con caída Fec		Tendencial		Con aumento EV		Con caída Fec	
2016	97051	19,9%	97362	19,9%	96751	19,9%	97051	19,9%	97362	19,9%	96751	19,9%
2017	98241	19,9%	99712	20,0%	97874	19,9%	97784	19,9%	98676	19,8%	97534	19,9%
2018	99443	20,0%	101919	20,1%	99015	19,9%	98614	19,8%	100206	19,7%	98469	19,8%
2019	100709	20,0%	104351	20,1%	100223	19,9%	99595	19,7%	101982	19,7%	99618	19,8%
2020	102100	19,9%	107077	20,2%	101558	19,9%	100788	19,7%	104067	19,6%	100970	19,8%
2021	103633	19,9%	110088	20,2%	103043	19,9%	102181	19,6%	106432	19,6%	102438	19,7%
2022	105266	19,9%	113316	20,3%	104623	19,8%	103694	19,6%	108975	19,5%	103946	19,7%
2023	106925	19,8%	116685	20,3%	106235	19,8%	105243	19,5%	111614	19,4%	105464	19,6%
2024	108630	19,8%	120186	20,4%	107898	19,7%	106800	19,4%	114298	19,4%	107019	19,6%
2025	110446	19,8%	123871	20,5%	109673	19,7%	108392	19,4%	117048	19,3%	108654	19,5%
2026	112418	19,7%	127788	20,5%	111600	19,7%	110067	19,3%	119907	19,3%	110373	19,5%
2027	114512	19,7%	131877	20,6%	113655	19,7%	111823	19,3%	122861	19,2%	112118	19,4%
2028	116673	19,7%	136090	20,7%	115779	19,7%	113604	19,2%	125860	19,2%	113808	19,3%
2029	118883	19,7%	140394	20,8%	117952	19,7%	115327	19,2%	128806	19,1%	115364	19,3%
2030	121154	19,8%	144780	20,9%	120184	19,7%	116919	19,1%	131604	19,0%	116745	19,2%
2031	123475	19,9%	149243	21,1%	122468	19,8%	118330	19,0%	134203	19,0%	117971	19,1%
2032	125812	20,0%	153773	21,3%	124770	19,9%	119582	19,0%	136644	18,9%	119145	19,0%
2033	128167	20,1%	158293	21,5%	127090	20,0%	120783	18,9%	138996	18,9%	120407	19,0%
2034	130597	20,2%	162916	21,7%	129482	20,1%	122073	18,9%	141435	18,8%	121818	18,9%
2035	133145	20,3%	167667	21,8%	131998	20,2%	123510	18,8%	144002	18,7%	123327	18,9%
2036	135798	20,4%	172549	22,0%	134614	20,3%	125048	18,7%	146657	18,7%	124852	18,8%
2037	138493	20,4%	177468	22,1%	137274	20,4%	126600	18,7%	149295	18,6%	126357	18,8%
2038	141201	20,5%	182385	22,3%	139947	20,5%	128132	18,6%	151881	18,6%	127897	18,7%
2039	143973	20,6%	187395	22,5%	142683	20,6%	129699	18,6%	154492	18,5%	129570	18,7%
2040	146881	20,7%	192507	22,6%	145553	20,6%	131401	18,5%	157194	18,5%	131425	18,6%
2041	149929	20,8%	197772	22,7%	148565	20,7%	133283	18,4%	160058	18,4%	133401	18,6%
2042	153049	20,8%	203079	22,8%	151649	20,7%	135288	18,4%	163011	18,3%	135378	18,5%
2043	156173	20,9%	208313	22,9%	154732	20,8%	137297	18,3%	165910	18,3%	137240	18,4%
2044	159281	20,9%	213480	23,1%	157801	20,8%	139188	18,3%	168639	18,2%	138924	18,4%
2045	162381	21,0%	218626	23,2%	160872	20,9%	140893	18,2%	171139	18,2%	140429	18,3%
2046	165489	21,1%	223723	23,4%	163940	21,0%	142423	18,2%	173401	18,1%	141804	18,2%
2047	168570	21,2%	228717	23,5%	166986	21,1%	143820	18,1%	175466	18,0%	143090	18,1%
2048	171592	21,3%	233558	23,7%	169976	21,3%	145123	18,0%	177380	18,0%	144326	18,1%
2049	174572	21,4%	238249	23,8%	172919	21,4%	146379	18,0%	179187	17,9%	145571	18,0%
2050	177551	21,6%	242835	24,0%	175866	21,5%	147642	17,9%	180943	17,9%	145097	17,7%

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP

**Tabla 14.** Cantidad personas de 65 años y más en situación de dependencia, por año, según tramo etario (dependencia ajustada a la baja, escenario 1)

AÑO	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y +	Total
2016	13247	16917	19901	18992	16618	8734	2159	485	97051
2017	13349	17061	19927	18732	16925	8982	2315	494	97784
2018	13498	17236	20006	18537	17110	9296	2429	501	98614
2019	13720	17430	20135	18450	17159	9630	2534	536	99595
2020	14029	17633	20328	18481	17113	9985	2653	566	100788
2021	14409	17845	20585	18594	17029	10335	2787	597	102181
2022	14816	18079	20890	18754	16949	10637	2914	656	103694
2023	15200	18364	21215	18944	16913	10850	3059	699	105243
2024	15519	18726	21535	19159	16949	10959	3208	745	106800
2025	15757	19179	21834	19408	17063	10995	3362	794	108392
2026	15939	19707	22120	19701	17235	11004	3513	848	110067
2027	16106	20259	22424	20028	17437	11018	3645	906	111823
2028	16270	20769	22783	20362	17657	11054	3742	967	113604
2029	16393	21179	23225	20678	17892	11129	3800	1030	115327
2030	16417	21459	23761	20958	18148	11247	3834	1096	116919
2031	16296	21638	24358	21202	18428	11389	3859	1161	118330
2032	16053	21774	24952	21442	18718	11537	3885	1220	119582
2033	15778	21902	25486	21732	19006	11692	3918	1267	120783
2034	15583	22001	25922	22127	19296	11870	3969	1306	122073
2035	15529	22007	26251	22656	19592	12090	4044	1341	123510
2036	15607	21865	26513	23290	19900	12358	4136	1379	125048
2037	15763	21586	26761	23952	20234	12649	4236	1419	126600
2038	15934	21271	27006	24559	20624	12938	4339	1460	128132
2039	16087	21056	27202	25064	21111	13222	4450	1506	129699
2040	16247	21029	27278	25466	21728	13513	4581	1560	131401
2041	16458	21187	27177	25820	22459	13826	4735	1621	133283
2042	16732	21463	26922	26181	23230	14171	4902	1687	135288
2043	17018	21761	26631	26547	23953	14563	5068	1756	137297
2044	17226	22024	26452	26846	24561	15020	5230	1828	139188
2045	17278	22266	26472	26982	25041	15555	5391	1908	140893
2046	17158	22544	26678	26898	25442	16151	5556	1997	142423
2047	16919	22879	26993	26632	25825	16752	5731	2089	143820
2048	16641	23221	27324	26328	26202	17304	5923	2180	145123
2049	16395	23470	27628	26161	26525	17781	6148	2272	146379
2050	16229	23536	27946	26230	26717	18195	6418	2370	147642

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 15.** Porcentaje personas de 65 años y más en situación de dependencia, por año, según tramo etario (escenario 1)

AÑO	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y +	Total
2016	13,6	17,4	20,5	19,6	17,1	9,0	2,2	0,5	100
2017	13,7	17,4	20,4	19,2	17,3	9,2	2,4	0,5	100
2018	13,7	17,5	20,3	18,8	17,4	9,4	2,5	0,5	100
2019	13,8	17,5	20,2	18,5	17,2	9,7	2,5	0,5	100
2020	13,9	17,5	20,2	18,3	17,0	9,9	2,6	0,6	100
2021	14,1	17,5	20,1	18,2	16,7	10,1	2,7	0,6	100
2022	14,3	17,4	20,1	18,1	16,3	10,3	2,8	0,6	100
2023	14,4	17,4	20,2	18,0	16,1	10,3	2,9	0,7	100
2024	14,5	17,5	20,2	17,9	15,9	10,3	3,0	0,7	100
2025	14,5	17,7	20,1	17,9	15,7	10,1	3,1	0,7	100
2026	14,5	17,9	20,1	17,9	15,7	10,0	3,2	0,8	100
2027	14,4	18,1	20,1	17,9	15,6	9,9	3,3	0,8	100
2028	14,3	18,3	20,1	17,9	15,5	9,7	3,3	0,9	100
2029	14,2	18,4	20,1	17,9	15,5	9,7	3,3	0,9	100
2030	14,0	18,4	20,3	17,9	15,5	9,6	3,3	0,9	100
2031	13,8	18,3	20,6	17,9	15,6	9,6	3,3	1,0	100
2032	13,4	18,2	20,9	17,9	15,7	9,6	3,2	1,0	100
2033	13,1	18,1	21,1	18,0	15,7	9,7	3,2	1,0	100
2034	12,8	18,0	21,2	18,1	15,8	9,7	3,3	1,1	100
2035	12,6	17,8	21,3	18,3	15,9	9,8	3,3	1,1	100
2036	12,5	17,5	21,2	18,6	15,9	9,9	3,3	1,1	100
2037	12,5	17,1	21,1	18,9	16,0	10,0	3,3	1,1	100
2038	12,4	16,6	21,1	19,2	16,1	10,1	3,4	1,1	100
2039	12,4	16,2	21,0	19,3	16,3	10,2	3,4	1,2	100
2040	12,4	16,0	20,8	19,4	16,5	10,3	3,5	1,2	100
2041	12,3	15,9	20,4	19,4	16,9	10,4	3,6	1,2	100
2042	12,4	15,9	19,9	19,4	17,2	10,5	3,6	1,2	100
2043	12,4	15,8	19,4	19,3	17,4	10,6	3,7	1,3	100
2044	12,4	15,8	19,0	19,3	17,6	10,8	3,8	1,3	100
2045	12,3	15,8	18,8	19,2	17,8	11,0	3,8	1,4	100
2046	12,0	15,8	18,7	18,9	17,9	11,3	3,9	1,4	100
2047	11,8	15,9	18,8	18,5	18,0	11,6	4,0	1,5	100
2048	11,5	16,0	18,8	18,1	18,1	11,9	4,1	1,5	100
2049	11,2	16,0	18,9	17,9	18,1	12,1	4,2	1,6	100
2050	11,0	15,9	18,9	17,8	18,1	12,3	4,3	1,6	100

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 16.** Cantidad personas de 65 años y más en situación de dependencia, por año, según tramo etario (dependencia ajustada a la baja, escenario 2)

AÑO	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y +	Total
2016	13234	16894	19859	18933	16543	8676	2137	476	96751
2017	13349	17052	19900	18685	16853	8921	2289	483	97534
2018	13520	17252	20005	18511	17052	9238	2403	490	98469
2019	13770	17481	20172	18456	17127	9581	2507	525	99618
2020	14107	17718	20400	18516	17104	9944	2627	553	100970
2021	14504	17947	20677	18643	17029	10296	2759	583	102438
2022	14916	18185	20984	18801	16945	10592	2883	640	103946
2023	15302	18470	21306	18986	16901	10795	3022	681	105464
2024	15627	18836	21629	19201	16934	10900	3168	725	107019
2025	15875	19301	21939	19458	17053	10936	3319	772	108654
2026	16067	19843	22237	19759	17228	10946	3468	825	110373
2027	16236	20399	22541	20084	17426	10955	3596	881	112118
2028	16389	20897	22884	20402	17630	10980	3687	939	113808
2029	16491	21280	23295	20689	17836	11037	3738	998	115364
2030	16487	21525	23791	20931	18058	11131	3762	1059	116745
2031	16343	21673	24353	21142	18307	11252	3780	1120	117971
2032	16091	21799	24934	21370	18584	11391	3802	1176	119145
2033	15825	21940	25483	21671	18880	11549	3836	1222	120407
2034	15647	22063	25947	22088	19187	11735	3890	1260	121818
2035	15604	22085	26294	22631	19494	11961	3965	1295	123327
2036	15682	21942	26556	23264	19798	12224	4055	1331	124852
2037	15835	21656	26797	23917	20125	12507	4152	1369	126357
2038	16009	21343	27046	24528	20515	12795	4253	1409	127897
2039	16178	21148	27268	25054	21018	13087	4365	1454	129570
2040	16359	21147	27377	25487	21658	13391	4499	1508	131425
2041	16584	21322	27297	25861	22404	13710	4653	1569	133401
2042	16857	21596	27036	26219	23169	14050	4817	1633	135378
2043	17128	21874	26717	26558	23866	14424	4975	1697	137240
2044	17313	22107	26501	26819	24437	14856	5127	1765	138924
2045	17341	22320	26484	26919	24881	15366	5278	1840	140429
2046	17204	22576	26665	26809	25255	15938	5434	1924	141804
2047	16953	22896	26961	26525	25619	16521	5601	2012	143090
2048	16668	23230	27282	26214	25985	17060	5788	2099	144326
2049	16421	23479	27586	26049	26306	17532	6009	2188	145571
2050	16065	23269	27577	25812	26186	17731	6200	2257	145097

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 17.** Porcentaje personas de 65 años y más en situación de dependencia, por año, según tramo etario (escenario 2)

	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y +	Total
2016	13,7	17,5	20,5	19,6	17,1	9,0	2,2	0,5	100,0
2017	13,7	17,5	20,4	19,2	17,3	9,1	2,3	0,5	100,0
2018	13,7	17,5	20,3	18,8	17,3	9,4	2,4	0,5	100,0
2019	13,8	17,5	20,2	18,5	17,2	9,6	2,5	0,5	100,0
2020	14,0	17,5	20,2	18,3	16,9	9,8	2,6	0,5	100,0
2021	14,2	17,5	20,2	18,2	16,6	10,1	2,7	0,6	100,0
2022	14,4	17,5	20,2	18,1	16,3	10,2	2,8	0,6	100,0
2023	14,5	17,5	20,2	18,0	16,0	10,2	2,9	0,6	100,0
2024	14,6	17,6	20,2	17,9	15,8	10,2	3,0	0,7	100,0
2025	14,6	17,8	20,2	17,9	15,7	10,1	3,1	0,7	100,0
2026	14,6	18,0	20,1	17,9	15,6	9,9	3,1	0,7	100,0
2027	14,5	18,2	20,1	17,9	15,5	9,8	3,2	0,8	100,0
2028	14,4	18,4	20,1	17,9	15,5	9,6	3,2	0,8	100,0
2029	14,3	18,4	20,2	17,9	15,5	9,6	3,2	0,9	100,0
2030	14,1	18,4	20,4	17,9	15,5	9,5	3,2	0,9	100,0
2031	13,9	18,4	20,6	17,9	15,5	9,5	3,2	0,9	100,0
2032	13,5	18,3	20,9	17,9	15,6	9,6	3,2	1,0	100,0
2033	13,1	18,2	21,2	18,0	15,7	9,6	3,2	1,0	100,0
2034	12,8	18,1	21,3	18,1	15,8	9,6	3,2	1,0	100,0
2035	12,7	17,9	21,3	18,4	15,8	9,7	3,2	1,0	100,0
2036	12,6	17,6	21,3	18,6	15,9	9,8	3,2	1,1	100,0
2037	12,5	17,1	21,2	18,9	15,9	9,9	3,3	1,1	100,0
2038	12,5	16,7	21,1	19,2	16,0	10,0	3,3	1,1	100,0
2039	12,5	16,3	21,0	19,3	16,2	10,1	3,4	1,1	100,0
2040	12,4	16,1	20,8	19,4	16,5	10,2	3,4	1,1	100,0
2041	12,4	16,0	20,5	19,4	16,8	10,3	3,5	1,2	100,0
2042	12,5	16,0	20,0	19,4	17,1	10,4	3,6	1,2	100,0
2043	12,5	15,9	19,5	19,4	17,4	10,5	3,6	1,2	100,0
2044	12,5	15,9	19,1	19,3	17,6	10,7	3,7	1,3	100,0
2045	12,3	15,9	18,9	19,2	17,7	10,9	3,8	1,3	100,0
2046	12,1	15,9	18,8	18,9	17,8	11,2	3,8	1,4	100,0
2047	11,8	16,0	18,8	18,5	17,9	11,5	3,9	1,4	100,0
2048	11,5	16,1	18,9	18,2	18,0	11,8	4,0	1,5	100,0
2049	11,3	16,1	19,0	17,9	18,1	12,0	4,1	1,5	100,0
2050	11,1	16,0	19,0	17,8	18,0	12,2	4,3	1,6	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 18.** Cantidad personas de 65 años y más en situación de dependencia, por año, según tramo etario (dependencia ajustada a la baja, escenario 3)

AÑO	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y +	Total
2016	13339	16681	20007	19032	16626	8822	2275	580	97362
2017	13405	17152	20028	18802	17013	9174	2497	605	98676
2018	13561	17359	20179	18722	17379	9665	2708	633	100206
2019	13786	17583	20388	18761	17634	10211	2921	698	101982
2020	14093	17815	20662	18931	17815	10817	3172	761	104067
2021	14468	18052	21005	19195	17968	11453	3460	831	106432
2022	14864	18307	21395	19510	18132	12066	3755	946	108975
2023	15234	18611	21807	19865	18349	12606	4094	1048	111614
2024	15535	18989	22213	20247	18648	13046	4460	1160	114298
2025	15752	19457	22597	20665	19037	13405	4851	1285	117048
2026	15910	19998	22963	21129	19491	13730	5259	1427	119907
2027	16052	20561	23344	21628	19982	14055	5656	1584	122861
2028	16188	21081	23780	22137	20497	14408	6015	1753	125860
2029	16285	21498	24300	22627	21028	14811	6323	1935	128806
2030	16282	21780	24914	23072	21577	15264	6585	2130	131604
2031	16138	21957	25590	23470	22146	15744	6826	2331	134203
2032	15873	22090	26265	23860	22729	16238	7065	2525	136644
2033	15578	22213	26874	24296	23301	16730	7307	2698	138996
2034	15360	22303	27375	24842	23872	17251	7580	2852	141435
2035	15280	22298	27754	25527	24435	17819	7891	2998	144002
2036	15328	22137	28050	26322	24996	18441	8232	3150	146657
2037	15454	21833	28322	27141	25571	19088	8583	3305	149295
2038	15593	21489	28582	27893	26200	19726	8936	3461	151881
2039	15714	21243	28786	28524	26941	20355	9305	3624	154492
2040	15840	21181	28856	29020	27827	20970	9696	3804	157194
2041	16012	21303	28731	29444	28846	21596	10127	3999	160058
2042	16243	21541	28434	29859	29905	22251	10577	4200	163011
2043	16486	21803	28089	30266	30892	22955	11018	4400	165910
2044	16656	22028	27855	30592	31721	23742	11441	4604	168639
2045	16676	22230	27825	30730	32369	24637	11852	4821	171139
2046	16532	22466	27991	30611	32888	25609	12251	5053	173401
2047	16276	22759	28275	30275	33362	26581	12653	5286	175466
2048	15984	23061	28578	29884	33816	27471	13081	5506	177380
2049	15725	23273	28850	29635	34192	28230	13564	5718	179187
2050	15546	23305	29132	29643	34394	28863	14125	5935	180943

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 19.** Porcentaje personas de 65 años y más en situación de dependencia, por año, según tramo etario (escenario 3)

AÑO	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 y +	Total
2016	13,70	17,13	20,55	19,55	17,08	9,06	2,34	0,60	100,0
2017	13,58	17,38	20,30	19,05	17,24	9,30	2,53	0,61	100,0
2018	13,53	17,32	20,14	18,68	17,34	9,65	2,70	0,63	100,0
2019	13,52	17,24	19,99	18,40	17,29	10,01	2,86	0,68	100,0
2020	13,54	17,12	19,85	18,19	17,12	10,39	3,05	0,73	100,0
2021	13,59	16,96	19,74	18,03	16,88	10,76	3,25	0,78	100,0
2022	13,64	16,80	19,63	17,90	16,64	11,07	3,45	0,87	100,0
2023	13,65	16,67	19,54	17,80	16,44	11,29	3,67	0,94	100,0
2024	13,59	16,61	19,43	17,71	16,32	11,41	3,90	1,01	100,0
2025	13,46	16,62	19,31	17,66	16,26	11,45	4,14	1,10	100,0
2026	13,27	16,68	19,15	17,62	16,26	11,45	4,39	1,19	100,0
2027	13,07	16,74	19,00	17,60	16,26	11,44	4,60	1,29	100,0
2028	12,86	16,75	18,89	17,59	16,29	11,45	4,78	1,39	100,0
2029	12,64	16,69	18,87	17,57	16,33	11,50	4,91	1,50	100,0
2030	12,37	16,55	18,93	17,53	16,40	11,60	5,00	1,62	100,0
2031	12,03	16,36	19,07	17,49	16,50	11,73	5,09	1,74	100,0
2032	11,62	16,17	19,22	17,46	16,63	11,88	5,17	1,85	100,0
2033	11,21	15,98	19,33	17,48	16,76	12,04	5,26	1,94	100,0
2034	10,86	15,77	19,36	17,56	16,88	12,20	5,36	2,02	100,0
2035	10,61	15,48	19,27	17,73	16,97	12,37	5,48	2,08	100,0
2036	10,45	15,09	19,13	17,95	17,04	12,57	5,61	2,15	100,0
2037	10,35	14,62	18,97	18,18	17,13	12,79	5,75	2,21	100,0
2038	10,27	14,15	18,82	18,37	17,25	12,99	5,88	2,28	100,0
2039	10,17	13,75	18,63	18,46	17,44	13,18	6,02	2,35	100,0
2040	10,08	13,47	18,36	18,46	17,70	13,34	6,17	2,42	100,0
2041	10,00	13,31	17,95	18,40	18,02	13,49	6,33	2,50	100,0
2042	9,96	13,21	17,44	18,32	18,35	13,65	6,49	2,58	100,0
2043	9,94	13,14	16,93	18,24	18,62	13,84	6,64	2,65	100,0
2044	9,88	13,06	16,52	18,14	18,81	14,08	6,78	2,73	100,0
2045	9,74	12,99	16,26	17,96	18,91	14,40	6,93	2,82	100,0
2046	9,53	12,96	16,14	17,65	18,97	14,77	7,07	2,91	100,0
2047	9,28	12,97	16,11	17,25	19,01	15,15	7,21	3,01	100,0
2048	9,01	13,00	16,11	16,85	19,06	15,49	7,37	3,10	100,0
2049	8,78	12,99	16,10	16,54	19,08	15,75	7,57	3,19	100,0
2050	8,59	12,88	16,10	16,38	19,01	15,95	7,81	3,28	100,0

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 20.** Cantidad y porcentaje de total de personas de 65 años y más y en situación de dependencia por año, según sexo (dependencia ajustada a la baja, escenario 1)

AÑO	Total 65 y más				Con dependencia				Brecha (M-V)
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		
2016	195298	40,1%	292111	59,9%	36070	37,2%	60982	62,8%	25,7
2017	197643	40,1%	294897	59,9%	36550	37,2%	61691	62,8%	25,6
2018	200256	40,2%	297930	59,8%	37054	37,3%	62389	62,7%	25,5
2019	203298	40,3%	301337	59,7%	37605	37,3%	63104	62,7%	25,3
2020	206918	40,4%	305283	59,6%	38226	37,4%	63874	62,6%	25,1
2021	211053	40,5%	309776	59,5%	38914	37,6%	64719	62,4%	24,9
2022	215478	40,6%	314649	59,4%	39648	37,7%	65618	62,3%	24,7
2023	219984	40,8%	319677	59,2%	40403	37,8%	66522	62,2%	24,4
2024	224534	40,9%	324758	59,1%	41193	37,9%	67437	62,1%	24,2
2025	229209	41,0%	329959	59,0%	42040	38,1%	68406	61,9%	23,9
2026	234114	41,1%	335413	58,9%	42955	38,2%	69463	61,8%	23,6
2027	239252	41,2%	341121	58,8%	43922	38,4%	70590	61,6%	23,3
2028	244456	41,3%	346955	58,7%	44916	38,5%	71757	61,5%	23,0
2029	249498	41,4%	352721	58,6%	45929	38,6%	72954	61,4%	22,7
2030	254201	41,5%	358203	58,5%	46962	38,8%	74192	61,2%	22,5
2031	258464	41,6%	363241	58,4%	48005	38,9%	75470	61,1%	22,2
2032	262362	41,6%	367857	58,4%	49046	39,0%	76766	61,0%	22,0
2033	266205	41,7%	372313	58,3%	50098	39,1%	78069	60,9%	21,8
2034	270337	41,8%	377008	58,2%	51188	39,2%	79409	60,8%	21,6
2035	274872	41,8%	382133	58,2%	52328	39,3%	80817	60,7%	21,4
2036	279686	41,9%	387579	58,1%	53506	39,4%	82292	60,6%	21,2
2037	284606	42,0%	393058	58,0%	54702	39,5%	83790	60,5%	21,0
2038	289576	42,1%	398443	57,9%	55912	39,6%	85289	60,4%	20,8
2039	294729	42,2%	403903	57,8%	57159	39,7%	86814	60,3%	20,6
2040	300293	42,3%	409748	57,7%	58470	39,8%	88411	60,2%	20,4
2041	306356	42,4%	416139	57,6%	59843	39,9%	90086	60,1%	20,2
2042	312773	42,5%	422929	57,5%	61249	40,0%	91800	60,0%	20,0
2043	319241	42,6%	429771	57,4%	62663	40,1%	93510	59,9%	19,8
2044	325422	42,7%	436340	57,3%	64072	40,2%	95209	59,8%	19,5
2045	331127	42,8%	442442	57,2%	65475	40,3%	96905	59,7%	19,4
2046	336435	42,9%	448058	57,1%	66883	40,4%	98606	59,6%	19,2
2047	341539	43,0%	453213	57,0%	68294	40,5%	100277	59,5%	19,0
2048	346559	43,1%	457997	56,9%	69697	40,6%	101895	59,4%	18,8
2049	351582	43,2%	462584	56,8%	71098	40,7%	103474	59,3%	18,5
2050	356682	43,3%	467189	56,7%	72504	40,8%	105047	59,2%	18,3

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 21.** Cantidad y porcentaje de total de personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según sexo (dependencia ajustada a la baja, escenario 2 y escenario 3)

	Escenario 2 (caída fecundidad)					Escenario 3 (aumento esperanza de vida)				
	Varones		Mujeres		Total	Varones		Mujeres		Total
2016	35927	37,1%	60823	62,9%	96751	25661	26,4%	71489	73,4%	97150
2017	36374	37,2%	61499	62,8%	97874	26269	25,9%	72784	71,7%	99053
2018	36850	37,2%	62166	62,8%	99015	26944	25,3%	74219	69,6%	101163
2019	37373	37,3%	62850	62,7%	100223	27712	24,5%	75770	67,1%	103482
2020	37966	37,4%	63592	62,6%	101558	28586	23,9%	77496	64,7%	106082
2021	38630	37,5%	64412	62,5%	103043	29563	23,2%	79391	62,3%	108954
2022	39338	37,6%	65285	62,4%	104623	30611	22,6%	81424	60,0%	112035
2023	40071	37,7%	66164	62,3%	106235	31719	22,0%	83523	57,9%	115243
2024	40838	37,8%	67059	62,2%	107898	32875	21,5%	85694	55,9%	118570
2025	41664	38,0%	68009	62,0%	109673	34104	21,0%	87956	54,2%	122060
2026	42557	38,1%	69044	61,9%	111600	35403	20,6%	90364	52,5%	125768
2027	43502	38,3%	70153	61,7%	113655	36761	20,2%	92879	51,1%	129640
2028	44478	38,4%	71301	61,6%	115779	38168	28,0%	95463	70,1%	133631
2029	45471	38,6%	72481	61,4%	117952	39604	28,2%	98105	69,9%	137709
2030	46482	38,7%	73702	61,3%	120184	41069	28,4%	100792	69,6%	141861
2031	47506	38,8%	74962	61,2%	122468	42544	28,5%	103542	69,4%	146086
2032	48530	38,9%	76240	61,1%	124770	44045	28,6%	106324	69,1%	150369
2033	49562	39,0%	77529	61,0%	127090	45556	28,8%	109081	68,9%	154636
2034	50631	39,1%	78851	60,9%	129482	47117	28,9%	111888	68,7%	159004
2035	51753	39,2%	80245	60,8%	131998	48730	29,1%	114769	68,5%	163499
2036	52913	39,3%	81700	60,7%	134614	50385	29,2%	117742	68,2%	168127
2037	54091	39,4%	83183	60,6%	137274	52056	29,3%	120735	68,0%	172791
2038	55282	39,5%	84665	60,5%	139947	53737	29,5%	123716	67,8%	177453
2039	56508	39,6%	86174	60,4%	142683	55460	29,6%	126739	67,6%	182199
2040	57799	39,7%	87753	60,3%	145553	57238	29,7%	129799	67,4%	187037
2041	59155	39,8%	89411	60,2%	148565	59071	29,9%	132950	67,2%	192021
2042	60543	39,9%	91106	60,1%	151649	60928	30,0%	136116	67,0%	197044
2043	61935	40,0%	92797	60,0%	154732	62778	30,1%	139219	66,8%	201997
2044	63326	40,1%	94476	59,9%	157801	64608	30,3%	142283	66,6%	206891
2045	64715	40,2%	96158	59,8%	160872	66423	30,4%	145354	66,5%	211777
2046	66103	40,3%	97837	59,7%	163940	68222	30,5%	148397	66,3%	216619
2047	67494	40,4%	99492	59,6%	166986	69996	30,6%	151362	66,2%	221358
2048	68882	40,5%	101094	59,5%	169976	71735	30,7%	154207	66,0%	225942
2049	70262	40,6%	102656	59,4%	172919	73441	30,8%	156944	65,9%	230385
2050	71654	40,7%	104212	59,3%	175866	75125	30,9%	159613	65,7%	234738

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

**Tabla 22.** Cantidad y porcentaje de personas de 65 años y más en situación de dependencia por año, según nivel (dependencia ajustada a la baja, para los tres escenarios)

AÑO	Tendencial						Con aumento EV						Con caída Fec					
	Leve		Moderada		Severa		Leve		Moderada		Severa		Leve		Moderada		Severa	
2016	31250	32,2%	39500	40,7%	26204	27,0%	31351	32,2%	39626	40,7%	26288	27,0%	31154	32,2%	39378	40,7%	26123	27,0%
2017	31159	32,1%	40032	40,9%	26267	26,9%	31680	32,1%	40397	40,9%	26506	26,9%	31313	32,1%	39930	40,9%	26200	26,9%
2018	31067	32,0%	40608	41,2%	26354	26,7%	32077	32,0%	41264	41,2%	26779	26,7%	31521	32,0%	40549	41,2%	26315	26,7%
2019	30975	31,9%	41250	41,4%	26478	26,6%	32548	31,9%	42239	41,4%	27113	26,6%	31794	31,9%	41260	41,4%	26485	26,6%
2020	30883	31,8%	41986	41,7%	26657	26,4%	33115	31,8%	43352	41,7%	27524	26,4%	32130	31,8%	42062	41,7%	26705	26,4%
2021	30791	31,7%	42811	41,9%	26884	26,3%	33767	31,7%	44592	41,9%	28003	26,3%	32500	31,7%	42919	41,9%	26952	26,3%
2022	30699	31,6%	43693	42,1%	27139	26,2%	34471	31,6%	45918	42,1%	28521	26,2%	32880	31,6%	43799	42,1%	27205	26,2%
2023	30607	31,5%	44598	42,4%	27399	26,0%	35200	31,5%	47297	42,4%	29058	26,0%	33260	31,5%	44691	42,4%	27457	26,0%
2024	30515	31,4%	45513	42,6%	27657	25,9%	35938	31,4%	48708	42,6%	29599	25,9%	33649	31,4%	45607	42,6%	27714	25,9%
2025	30423	31,3%	46451	42,9%	27920	25,8%	36692	31,3%	50160	42,9%	30150	25,8%	34061	31,3%	46563	42,9%	27988	25,8%
2026	30331	31,3%	47432	43,1%	28200	25,6%	37474	31,3%	51673	43,1%	30721	25,6%	34495	31,3%	47564	43,1%	28278	25,6%
2027	30239	31,2%	48457	43,3%	28495	25,5%	38281	31,2%	53240	43,3%	31308	25,5%	34934	31,2%	48585	43,3%	28571	25,5%
2028	30148	31,1%	49500	43,6%	28792	25,3%	39097	31,1%	54841	43,6%	31899	25,3%	35353	31,1%	49589	43,6%	28844	25,3%
2029	30056	31,0%	50527	43,8%	29070	25,2%	39890	31,0%	56433	43,8%	32468	25,2%	35727	31,0%	50544	43,8%	29080	25,2%
2030	29964	30,9%	51505	44,1%	29310	25,1%	40632	30,9%	57974	44,1%	32992	25,1%	36044	30,9%	51428	44,1%	29267	25,1%
2031	29872	30,8%	52410	44,3%	29501	24,9%	41307	30,8%	59440	44,3%	33458	24,9%	36311	30,8%	52251	44,3%	29411	24,9%
2032	29780	30,7%	53250	44,5%	29648	24,8%	41929	30,7%	60849	44,5%	33878	24,8%	36559	30,7%	53056	44,5%	29540	24,8%

(cont.)

AÑO	Tendencial						Con aumento EV						Con caída Fec					
	Leve		Moderada		Severa		Leve		Moderada		Severa		Leve		Moderada		Severa	
2033	29688	30,6%	54074	44,8%	29779	24,7%	42519	30,6%	62229	44,8%	34270	24,7%	36832	30,6%	53906	44,8%	29686	24,7%
2034	29596	30,5%	54944	45,0%	29929	24,5%	43131	30,5%	63659	45,0%	34676	24,5%	37149	30,5%	54830	45,0%	29866	24,5%
2035	29504	30,4%	55887	45,2%	30111	24,4%	43777	30,4%	65159	45,2%	35106	24,4%	37492	30,4%	55804	45,2%	30066	24,4%
2036	29412	30,3%	56882	45,5%	30313	24,2%	44446	30,3%	66712	45,5%	35551	24,2%	37838	30,3%	56793	45,5%	30266	24,2%
2037	29320	30,2%	57891	45,7%	30515	24,1%	45104	30,2%	68269	45,7%	35985	24,1%	38174	30,2%	57780	45,7%	30456	24,1%
2038	29228	30,1%	58898	46,0%	30707	24,0%	45741	30,1%	69815	46,0%	36399	24,0%	38518	30,1%	58790	46,0%	30651	24,0%
2039	29136	30,0%	59929	46,2%	30904	23,8%	46381	30,0%	71385	46,2%	36811	23,8%	38899	30,0%	59870	46,2%	30873	23,8%
2040	29045	29,9%	61030	46,4%	31128	23,7%	47043	29,9%	73010	46,4%	37238	23,7%	39332	29,9%	61041	46,4%	31134	23,7%
2041	28953	29,8%	62223	46,7%	31390	23,6%	47749	29,8%	74723	46,7%	37696	23,6%	39797	29,8%	62279	46,7%	31418	23,6%
2042	28861	29,7%	63484	46,9%	31676	23,4%	48476	29,7%	76492	46,9%	38167	23,4%	40258	29,7%	63526	46,9%	31697	23,4%
2043	28769	29,6%	64755	47,2%	31957	23,3%	49181	29,6%	78250	47,2%	38617	23,3%	40682	29,6%	64728	47,2%	31943	23,3%
2044	28677	29,5%	65980	47,4%	32205	23,1%	49830	29,5%	79941	47,4%	39019	23,1%	41050	29,5%	65855	47,4%	32144	23,1%
2045	28585	29,5%	67125	47,6%	32405	23,0%	50407	29,5%	81536	47,6%	39362	23,0%	41361	29,5%	66904	47,6%	32298	23,0%
2046	28493	29,4%	68195	47,9%	32560	22,9%	50908	29,4%	83028	47,9%	39642	22,9%	41632	29,4%	67899	47,9%	32419	22,9%
2047	28401	29,3%	69209	48,1%	32681	22,7%	51349	29,3%	84437	48,1%	39873	22,7%	41874	29,3%	68857	48,1%	32516	22,7%
2048	28309	29,2%	70183	48,4%	32777	22,6%	51741	29,2%	85783	48,4%	40063	22,6%	42099	29,2%	69798	48,4%	32597	22,6%
2049	28217	29,1%	71141	48,6%	32859	22,4%	52098	29,1%	87086	48,6%	40224	22,4%	42324	29,1%	70748	48,6%	32678	22,4%
2050	28125	29,0%	72108	48,8%	32939	22,3%	52437	29,0%	88373	48,8%	40368	22,3%	42049	29,0%	70865	48,8%	32371	22,3%

Fuente: Elaboración propia con base en ELPS y proyecciones de OPP.

## LOS AUTORES

### **Elisa Failache Mirza**

Licenciada en Economía, egresada de la Universidad de la República. Magíster en Economía y Finanzas por la Universidad Pompeu Fabra y estudiante de doctorado en la Universidad Autónoma de Barcelona. Desde 2011 trabaja en el Instituto de Economía de la Universidad de la República en el área de Desigualdad y Pobreza. Además, realizó investigaciones financiadas por organismos como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. En el ámbito profesional, trabajó en la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo del Ministerio de Desarrollo Social como asistente técnica para el diseño y evaluación de programas sociales.

### **Noemí Katzkowicz Junio**

Estudiante de doctorado en Economía en la Universidad Hebrea de Jerusalem. Realizó su maestría en la Universidad Nacional de La Plata y fue asistente de investigación en el Centro de Estudios Laborales y Sociales. Trabajó en temas de economía de la educación, economía de la salud y economía laboral. Realizó consultorías para distintas organizaciones: FLACSO, Banco Mundial, Equipo de Salud del Mercosur, IDRC. Ha realizado diversos estudios vinculados al análisis de la primera ola de la ENDIS en el marco del Grupo de Estudios de Familia de la Universidad de la República.

### **Fabrizio Méndez Rivero**

Sociólogo y magíster en Sociología, egresado de la Universidad de la República. Trabajó como asistente técnico en el Ministerio de Salud Pública y en la Secretaría Nacional de Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social. Es consultor independiente de organismos e instituciones nacionales e internacionales en temas de sociología de la salud, determinantes sociales e inequidades en salud y cuidados. Actualmente cursa el doctorado en Biomedicina en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, donde forma parte del Grupo de Investigación en Desigualdades en Salud, Ecología - Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET) y del Public Policy Center de la John Hopkins University. Su centro de interés es la relación entre la precariedad laboral, los riesgos psicosociales laborales, salud mental y estrés.

