

CIEDESS

Corporación de Investigación, Estudio
y Desarrollo de la Seguridad Social

SOMOS CChC

Diseño de un Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile

Propuesta de Estudio

Santiago, Mayo de 2012

361.61
D611
2012
c.1

- DUVACIÓN - 07.08.2012 -

Centro de Documentación
Cámara Chilena de la Construcción

Primera Edición

Índice

Índice	II
Índice de Gráficos, Tablas y Figuras	IV
A. Resumen Ejecutivo	10
B. Gradualidad	14
C. Equipo de Trabajo	16
D. Agradecimientos	18
E. Antecedentes	20
F. Introducción	22
Capítulo 1. Magnitud del problema de la Dependencia en Chile: Situación actual y futura	24
A.1 Demografía y determinantes sociales en relación a la dependencia	24
A.1.1 <i>Evolución demográfica</i>	24
A.1.2 <i>Caracterización socio económica de los Adultos Mayores</i>	35
A.2 Enfermedad y Dependencia	53
A.2.1 <i>Epidemiología de la dependencia</i>	53
A.2.2 <i>Factores de riesgo y problemas de salud</i>	53
A.3 Dependencia y costo de la dependencia	68
A.3.1 <i>Dependencia</i>	68
A.3.2 <i>Costos de la dependencia en el tiempo</i>	69
Capítulo 2. Atención actual de la dependencia en Chile	74
A.1 Sector Salud y atención de la dependencia	74
A.1.1 <i>Atención Primaria en Salud</i>	75
A.2 Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	79
A.2.1 <i>Normativa SENAMA:</i>	79
A.2.2 <i>Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)</i>	81
A.2.3 <i>Fondo Nacional para el Adulto Mayor</i>	81
A.2.4 <i>Programas SENAMA de reciente creación</i>	82
A.3 <i>Servicio Nacional para la Discapacidad (SENADIS):</i>	83
A.4 El Cuidado Informal	84
A.5 Pensiones de invalidez	85
Capítulo 3. Los Seguros sociales de la dependencia en países desarrollados	88
A.1 El Catálogo de beneficios	88

A.2	Financiamiento y gasto de los seguros sociales para la dependencia	89
A.2.1	<i>El sistema de Cuidados de la Salud de Largo Plazo en los países de la OECD</i>	90
A.3	Acceso y condiciones para el acceso	93
A.4	Tipología de modelos y Resúmenes de casos escogidos	94
Capítulo 4.	Propuesta de Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile	110
A.1	Principios generales	110
A.2	Catálogo de beneficios básico	114
A.3	Condiciones de acceso para el seguro social para la dependencia	118
A.4	Costos del seguro y proyecciones	119
A.4.1	<i>Número total de personas en situación de dependencia</i>	119
A.4.2	<i>Costo actuarial del Catálogo de Beneficios y del Seguro</i>	120
A.5	Alternativas para el Financiamiento	125
A.5.1	<i>Mirada al Financiamiento de prestaciones de seguridad social en Cajas de Compensación de Asignación Familiar</i>	125
A.5.2	<i>Posibilidades de Financiamiento del Seguro Social de Protección a la dependencia</i>	126
A.5.3	<i>Recomendaciones de política para el financiamiento de un seguro de dependencia</i>	132
A.5.4	<i>Resumen</i>	135
A.6	Institucionalidad y gestión	138
A.6.1	<i>Institucionalidad para el seguro de dependencia</i>	139
A.7	Aspectos Legales	146
A.7.1	<i>Marco legal existente</i>	146
A.7.2	<i>Iniciativa de un Proyecto de Ley</i>	147
A.7.3	<i>Reseña internacional</i>	148
G.	Referencias	151
H.	ANEXOS	154
A.1	Anexo 1: Análisis Financiero	154
A.2	Anexo 2: Detalle de Estimaciones y Cálculos	170

Índice de Gráficos, Tablas y Figuras

Gráfico 1: Adultos mayores proyecciones para algunos Países de Sudamérica, 1975 – 2050 (porcentaje)	25
Gráfico 2: Panorámica del envejecimiento en relación a los otros grupos de edad poblacional (1950-2050)	26
Gráfico 3: Esperanza de vida al nacer en Chile, al cumplir los 60 y 65 años en distintos quinquenios (años)	27
Gráfico 4: Número de personas adultos mayores en Chile en las distintas mediciones de la Encuesta CASEN	27
Tabla 1: Estimación de crecimiento de la población en Chile 1970-2050	28
Gráfico 5: Estimación de la Evolución del Índice de Masculinidad	29
Gráfico 6: Chile, Estimación de la Población por segmento de edad 1970-2050	30
Tabla 2: Tasa de variación de la evolución de la población estimada 1970-2050	30
Tabla 3: Evolución de la participación de la población por tramos de edades. Período 1970-2050	31
Gráfico 7: Evolución Estimada del Índice de Dependencia de la población	32
Gráfico 8: Evolución Estimada del Índice de Vejez de la población	33
Gráfico 9: Evolución Estimada del Índice de Vejez de la población	34
Tabla 4: Situación socioeconómica de AM en las distintas encuestas CASEN 1990-2009	36
Tabla 5: Variación de la situación Socioeconómica del Adulto Mayor en Chile	36
Tabla 6: Adultos Mayores: Situación Socioeconómica según género	37
Tabla 7: Sistema previsional de Hombres Adulto Mayor (explicar que es el grupo A, B, C y D)	38
Tabla 8: Sistema previsional de Mujeres Adulto Mayor (poner año en la base)	38
Tabla 9: Sistema previsional del Total de Adultos Mayores (poner año en la base)	39
Tabla 10: Auto percepción de salud Adultos Mayores, ambos sexos 2009	40
Tabla 11: Autopercepción de Salud, Distribución del total de Adultos Mayores (año)	40
Tabla 12: Estado Nutricional Adulto Mayor. Ambos Sexos	41
Tabla 13: Estado Nutricional Hombre Adulto Mayor	42
Tabla 14: Estado Nutricional Hombre Adulto Mayor	42
Tabla 15: Participación del Estado Nutricional Adulto Mayor ambos sexos por tramos de edad	42
Tabla 16: Participación del Estado Nutricional Adulto Mayor Hombre por tramos de edad	42
Tabla 17: Participación del Estado Nutricional Adulto Mayor Mujer por tramos de edad	43

Tabla 18: Adulto Mayor: Respuesta a consulta ¿puede hacer compras o ir al médico solo(a) sin ayuda o compañía?	43
Tabla 19: Adulto Mayor: Distribución de Respuesta a consulta ¿puede hacer compras o ir al médico solo(a) sin ayuda o compañía?	44
Tabla 20: Adultos Mayores: Respuesta a Consulta: ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	45
Tabla 21: Adultos Mayores: Distribución de la Respuesta a Consulta: ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	45
Tabla 22: Adultos Mayores: Respuesta a Consulta: ¿Puede moverse / desplazarse solo(a) dentro de la casa?	46
Tabla 23: Distribución de AM que responden: ¿Puede moverse / desplazarse solo(a) dentro de la casa?	46
Tabla 24: Adultos Mayores que declaran frente a la consulta: ¿Puede controlar completamente su esfínter?	47
Tabla 25: Distribución de la respuesta de Adultos Mayores que declaran frente a la consulta: ¿Puede controlar completamente su esfínter?	47
Tabla 26: ¿En los últimos 3 meses retiró alimentos del consultorio?	48
Gráfico 10: Distribución por Quintiles de la población Adulto Mayor, por sistema de Salud	50
Gráfico 11: Distribución de la población mayor de 65 años por quintil de ingreso, según situación previsional, 2009	51
Gráfico 12: Población adulto mayor sin educación formal por Quintil de ingreso 1990-2009 (porcentaje)	52
Gráfico 13: Tasas de prevalencia de problemas de salud en población adulto mayor	54
Tabla 27: Consultas médicas por niveles de atención	57
Tabla 28: Crecimiento de las consultas	58
Tabla 29: Tasa de consulta en población adulta mayor	58
Gráfico 14: Hospitalizaciones según edad	59
Gráfico 15: Distribución relativa de egresos hospitalarios según causa específica en adultos mayores de 65 años, año 2008	60
Tabla 30: Diagnósticos de egreso principales en hombres adultos mayores	61
Tabla 31: Diagnósticos de egreso principales en mujeres adultos mayores	62
Tabla 16: Discapacidad severa hombres adultos mayores por edad	64
Tabla 17: Discapacidad moderada por edad	65
Tabla 32: Dificultad en adultos mayores con discapacidad. ENDISC2004, FONADIS	67
Gráfico 18: Estimaciones de dependencia	68
Gráfico 19: Evolución del gasto y número de prestaciones otorgadas por sistema Isapres año 2010 según tramo de edad)	70
Gráfico 20: Gasto promedio por beneficiario sistema Isapres, año 2010	71

Gráfico 21: Proyecciones de gasto en salud de adultos mayores para Chile (2002-2020) _____	72
Tabla 33: Montos Máximos de Prestaciones económicas (son mensuales o anuales?) _____	89
Tabla 34: extremos y promedio del gasto en protección de la dependencia la década pasada _____	90
Gráfico 22: Participación del gasto en seguros de dependencia en los gastos en salud en países de la OECD, 2009 _____	90
Gráfico 23: Población siendo atendida y atendida con servicios de atención domiciliaria en seguros de dependencia de países de la OECD, (2009 o año cercano) _____	92
Tabla 35: Condiciones de Acceso a las prestaciones en algunos países de la UE _____	93
Tabla 36: Resumen del análisis comparado _____	94
Tabla 37: Características del seguro social para la dependencia Alemán _____	97
Tabla 38: Características del Catálogo de beneficios del seguro social para la dependencia Español _____	99
Figura 1: Estructura del Seguro social para la dependencia de Alemania _____	105
Figura 2: Estructura del Seguro social para la dependencia de Japón _____	105
Figura 3: Estructura del Seguro social para la dependencia de los Estados Unidos _____	106
Figura 4: Estructura del Seguro social para la dependencia de Francia _____	106
Figura 5: Estructura del Seguro social para la dependencia de España _____	107
Figura 6: Estructura del Seguro social para la dependencia de Italia _____	108
Figura 7: Estructura del Seguro social para la dependencia del Reino Unido _____	109
Figura 8: Estructura del Seguro social para la dependencia de Suecia _____	109
Figura 9: Modelo de Verbrugge y Jette sobre el proceso de dependencia _____	112
Tabla 39: Parámetros del Catálogo de beneficios del seguro social para la dependencia en Chile _____	114
Tabla 40: Listado de Prestaciones del Catálogo de beneficios del seguro social para la dependencia para Chile _____	116
Tabla 41: Prevalencia de dependencia en adultos mayores en Chile (EDPM 2009) _____	119
Tabla 42: Tasas de dependencia en adultos mayores en Chile _____	119
Tabla 43: Resultado de las estimaciones de cálculo del costo actuarial del Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile (MM\$ del año 2011) _____	123
Gráfico 24: Resultado de las estimaciones del costo actuarial del Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile por tramos de edad (MM\$ del año 2011) _____	123
Gráfico 25: Cotizantes del sistema de salud en Chile _____	127
Tabla 44: Personas mayores por enfermedad crónica (EDPM 2009) _____	128
Tabla 45: Presupuesto de algunos programas destinados al cuidado de Adultos Mayores _____	129
Gráfico 26: Evolución del Presupuesto del SENAMA (MM\$ de cada año) _____	131
Tabla 46: Resumen de posibles fuentes de financiamiento _____	135

Gráfico 27: Distribución de aportes en el primer año de operación (MM\$ y porcentaje) _____	136
Gráfico 28: Proyección de los aportes al financiamiento del seguro (MM\$ de 2011) _____	137
Figura 10: Sistema propuesto para un Seguro de Dependencia en Chile _____	140
Figura 11: Propuesta de Entrega del Servicio _____	142
Tabla 47: Estructura normativa de la prestación en Francia _____	148
Tabla 48: Estructura normativa de la prestación en España _____	149

Siglas

APS	Atención Primaria de Salud
EDPM	Encuesta Nacional de Dependencia de Personas Mayores
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
CIEDESS	Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social
CELADE	Centro Latino Americano de Demografía
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
UE	Unión Europea
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
EPF	Encuesta de Presupuestos Familiares
PAM	Programa Adulto Mayor
PASIS	Pensión Asistencial de Ancianidad
DEIS (MINSAL)	Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud
PUC	Pontificia Universidad Católica de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial

A. Resumen Ejecutivo

La seguridad social chilena ha sido capaz de incorporar paulatinamente nuevas contingencias que aquejan a las personas, principalmente en función de las características sociales, políticas, económicas y demográficas que se desarrollan. En tal sentido, el proceso de envejecimiento acelerado de la población, las menores tasas de natalidad y los retrasos en el inicio de la entrada a la fuerza de trabajo efectiva del país se estima gatillarán condiciones de vulnerabilidad, que generarán la necesidad de impulsar nuevas formas de Protección Social, vinculadas principalmente con la generación de mecanismos que mantengan la calidad de vida de los adultos mayores. Dado lo anterior, se considera pertinente desarrollar propuestas e implementar nuevos instrumentos que protejan tanto el ingreso económico como la salud de este grupo de la población, puntos que podrían dar paso a la formación de un “Cuarto Pilar” que complemente la actual estructura de la Protección Social en Chile conformada hasta ahora por los pilares básico o solidario, contributivo y voluntario.

De esta forma, se podría hacer realidad lo que diversos sectores han venido planteando en el último tiempo, esto es la idea de establecer políticas que apunten tanto a mejorar los ingresos a través de un Seguro Social de Protección a la Dependencia, que cubriría el deterioro progresivo y mayores riesgos de quienes dependieran de otros para efectuar tareas de la vida cotidiana. El actual estudio busca reforzar los lineamientos para el desarrollo de este último instrumento. En efecto, el Objetivo de este trabajo es mostrar la necesidad de generar un seguro social para la dependencia en Chile y avanzar en la estimación de sus parámetros básicos y factibles, como un catálogo de beneficios inicial, sus costos y alternativas de financiamiento.

Para la justificación de una medida de este tipo se realiza un diagnóstico de la situación de la dependencia de la vejez en Chile, actual y futura, en base a la situación y evolución demográfica, a los antecedentes socioeconómicos de los grupos de población objetivo, los antecedentes epidemiológicos y aquellos que permiten deducir el costo que puede tener para el país en las próximas décadas las demandas del proceso de envejecimiento y la dependencia. Este diagnóstico incluye la forma en que el problema de la vejez y la dependencia, se está tratando hoy en día Chile desde la perspectiva de la oferta de servicios públicos y privados.

En efecto, la evolución demográfica indica que nuestro país, al igual que los países desarrollados, está viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento de su población. Desde 1970 se verifica un crecimiento sostenido de los adultos mayores y desde 1990 casi se ha duplicado esta población, de modo que en la actualidad representa un 15% de la población total con más de dos millones y medio de personas, y las proyecciones dejan a Chile como el país con más adultos mayores en Sudamérica para el 2025, año en que se esperan 1,3 veces más adultos mayores que personas jóvenes. La esperanza de vida de los adultos mayores ya supera a los 78 años y cuando han cumplido 60, superan a la de la población general en al menos 3 años. Por otra parte, si bien este grupo ha disminuido su participación en la pobreza por la reforma previsional y la disminución de la indigencia, los adultos mayores de menores ingresos tienen mayor mortalidad y morbilidad y enfermedades más severas por falta de acceso a la salud. Además, casi una cuarta parte de los adultos mayores es dependiente de terceras personas, y de éstos, más del 35% tiene deterioro cognitivo, con cifras de dependencia en el sistema público (donde la mayoría se encuentra afiliado) que doblan a las del sistema privado, proyectándose, para el 2025, más de 1 millón de adultos mayores dependientes.

Es esperable también mayor morbilidad y mortalidad en el adulto mayor por el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, en especial del orden cardiovascular y respiratorio, seguidas por las enfermedades tumorales y los accidentes. La demanda de atención de salud de este sector crece a un ritmo mayor, doblando el promedio de la población general en atención primaria y tasa de hospitalizaciones. Asimismo, los adultos mayores representan más de la mitad de las defunciones intrahospitalarias y consumen casi un tercio del total del tiempo de hospitalización para todas las edades, verificándose como el grupo etáreo con mayor restricción de su autovalencia y mayor discapacidad para la realización de actividades, en especial las de la vida diaria. No obstante, la estructura actual de oferta de servicios para atender tales problemas, tanto dentro como fuera del área de la salud, es aún insuficiente e inespecífica para el adulto mayor discapacitado o dependiente, y recae además en programas públicos o privados de alto grado de superposición e informalidad.

El estudio incluyó el análisis de la experiencia internacional, en particular la experiencia de aquellos países que ya han transitado hacia sistema de cuidados de largo plazo para la dependencia. En este caso, interesa analizar los distintos esquemas del seguro de largo plazo y sus inspiraciones, lo que a su vez suele estar muy correlacionado con la cultura y costumbres de cada país. Luego, se intenta analizar los catálogos de beneficios ofrecidos, las fórmulas de financiamiento, la evolución de los gastos, el acceso y las condiciones para tal acceso, los grados de descentralización del sistema, así como los costos y su sostenibilidad, junto con las evaluaciones y proyecciones que los propios gobiernos realizan sobre sus sistemas.

La experiencia internacional muestra que la gran mayoría de los países desarrollados y algunos en desarrollo de ingresos medio, han implementado seguros de este tipo, lo que se aprecia en los países de la OECD donde 27 de los 32 estados miembros en 2009 contaba con ello y le dedican en promedio el 12% del total de gasto en salud. Si bien los diseños no son homogéneos, en lo específico es posible establecer algunos rasgos o variables comunes que luego se definen de distinta manera estos son: Plan o catálogo de beneficios, fuentes de financiamiento y cobertura, prestadores y modelo de atención, gestión e institucionalidad.

Los catálogos de beneficios generalmente se componen de cuidados domiciliarios y cuidados institucionales. En España son importantes también los centros de atención de día (comunitarios) y de noche y en Alemania es importante la retribución monetaria. El financiamiento generalmente responde a los mismos parámetros que el resto de la seguridad social de salud, esto es, se apoya en una cotización obligatoria como en Japón y Alemania, o en impuestos usualmente compartidos entre los gobiernos centrales y los niveles locales, como en UK y España. Las coberturas suelen ser universales, aunque puede haber priorizaciones o diferencias regionales (como en Bélgica y Austria), y operan a través de clasificaciones de severidad de la dependencia, que determinan a su vez los beneficios. Estos sistemas generan importantes mercados de trabajo y están organizados en redes de servicios públicos y privados que se apoyan en la institucionalidad existente pero también y mayoritariamente, en redes nuevas.

Todo lo anterior es el material que ayuda a abordar una propuesta concreta para el caso chileno, la que se elabora en este documento y que parte por dar cuenta de cuáles de las características de los sistemas conocidos en el mundo, pueden servir como mejores guías en el diseño de un modelo de seguro social de largo plazo para Chile. Siguiendo el caso Español y el alemán, entre otros, se presenta lo que pudiera ser un catálogo de beneficios inicial basado principalmente en cuidados domiciliarios. Bajo el precepto de la implementación gradual, la propuesta inicial de beneficios es más bien austera respecto de la experiencia de los países desarrollados. Este inicio resulta en un catálogo que contiene 36 prestaciones de cuidados

domiciliarios. Enseguida se discuten las condiciones de acceso que pudieran establecerse para optar al beneficio y en lo fundamental se estiman los costos actuariales asociados al primer año y los siguientes 9 años en base a información demográfica, de dependencia y de costos de oferta pública. En base al costo estimado se analizan las posibles fuentes de financiamiento.

El costo estimado para el primer año bordea los 222 millones de dólares y su crecimiento depende fundamentalmente del desarrollo de la población, por lo tanto al quinto año acercaría los 415 millones de dólares y al décimo año a los 582 millones de dólares. Esto obliga a buscar una fuente de financiamiento estable y sostenible en el tiempo. Si bien en este trabajo no se propone un mecanismo concreto, se encuentra implícito en la propuesta, ya que ésta busca financiamiento ya existente o que podría estar disponible para ello a través de reasignaciones de fondos de otras vertientes de la seguridad social hacia este seguro. Así el financiamiento posiblemente podría provenir de las siguientes fuentes: i) redestinar la comisión que recaudan las Cajas de Compensación por los servicios que otorgan a los pensionados afiliados, ii) elevar esta comisión del 1% al 2%, redestinando la diferencia adicional, y iii) una parte de los excedentes de crédito de las Cajas, justificado por los menores costos de administración y seguridad en el cobro.

En cualquier caso, no es posible financiar el seguro actuarialmente con las alternativas señaladas, por lo que sería necesario una cobertura gradual y/o un copago de los que usan el servicio –que esté en escala a lo que reciben–. El copago, como proporción según el uso, sería el colchón financiero del seguro, de otro modo los recursos no cubrirían el total de los costos actuariales estimados.

Finalmente, se discuten aspectos asociados a la institucionalidad y la gestión del programa, teniendo claro que lo que se presenta y propone para un comienzo de este importante componente de la seguridad social, consiste en un programa estatal manejado por el gobierno a través de su estructura operativa. En efecto se prevé que éste seguro social pueda estar soportado por un Ministerio o Servicio centralizado existente, supervisado por y regulado por las superintendencias de salud y la de seguridad social y su grado de descentralización dependerá de las necesidades de administración para lo cual también se puede recurrir a la estructura institucional local del país.

B. Gradualidad

Se ha optado por una visión de aplicación gradual de la política, en particular en lo que respecta a los beneficios a ofrecer y por lo tanto a su financiamiento, siguiendo la lógica de las últimas reformas en salud (patologías AUGE). Con esta progresividad, los beneficios podrán ampliarse en etapas sucesivas hacia los demás componentes de un catálogo, como los centros de día y de noche, centros de larga estadía, aspectos preventivos y de promoción. Todo, en la medida que el país disponga de los recursos necesarios para ello.

No obstante lo desarrollado en este estudio, también podría aplicarse una gradualidad de forma vertical, comenzando con la población de adultos mayores que superen cierta edad, incrementando la cobertura a futuro. La escasez de recursos es una barrera importante para las políticas sociales, pero existen fuentes que permitirían la implementación gradual del seguro en cuestión.

C. Equipo de Trabajo

El presente estudio no hubiera sido posible sin el trabajo y colaboración conjunta de los diferentes equipos establecidos: un Equipo Técnico encabezado por el economista Camilo Cid (doctor en economía, especialista en salud pública), cuya función fue desarrollar las materias incluidas en el estudio; y un Comité Asesor, que orientó y monitoreó el proyecto.

Jefe de Proyecto:

Sr. Camilo Cid, *Facultad de Medicina PUC*

Equipo Técnico:

Dr. Gabriel Bastías, *Facultad de Medicina PUC*

Sr. Christopher Clavero, *CIEDESS*

Dra. Adriana Cruzat, *SENAMA*

Sr. Daniel Flores, *CIEDESS*

Sr. David López, *CIEDESS*

Dr. Carlos Torres, *Facultad de Medicina PUC*

Comité Asesor:

Dr. Pedro Paulo Marín, *Facultad de Medicina PUC*

Sr. Patricio Merino, *CIEDESS*

Sra. Tania Mora, *SENAMA*

Sr. Nicolás Starck, *CIEDESS*

Sr. José Ramón Valenzuela, *Caja Los Andes**

(*) Hasta Octubre de 2011.

D. Agradecimientos

La Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, CIEDESS, agradece al valioso equipo de profesionales que intervino en este estudio, quienes supieron complementar sus múltiples especialidades y herramientas con el fin de entregar al país una propuesta concreta y de calidad. Sin duda este esfuerzo estará presente en los primeros pasos que aborden una implementación oficial que aborde la contingencia tratada en este documento.

Asimismo, los agradecimientos se hacen extensivos a las diferentes entidades participantes, las que, además del interés y colaboración durante todo el desarrollo del proyecto, facilitaron la vinculación y contribución de sus profesionales. Se trata de entidades públicas y privadas, que siempre se han esforzado en la búsqueda de mejorar la calidad de vida de nuestra población, proporcionando más y mejores soluciones al bienestar social.

Nuestros más sinceros agradecimientos a la Caja de Compensación Los Andes, la Pontificia Universidad Católica de Chile y al Servicio Nacional del Adulto Mayor, las que junto a la coordinación de CIEDESS, llevaron a cabo este valioso aporte.

E. Antecedentes

En Chile, las primeras experiencias de la seguridad social se pueden encontrar en la labor de las obras de beneficencia del siglo XIX. Sin embargo, la seguridad social como tal comenzó en 1924 con la promulgación de las llamadas “leyes sociales”, las que permitieron otorgar mayor protección a los trabajadores a través del establecimiento del seguro obrero obligatorio y de programas de retiro y protección frente a accidentes del trabajo. A su vez, la Constitución de 1925, en el artículo 10º, también estableció el deber del Estado de proteger “al trabajo, a la industria y a las obras de previsión social”..

A través de los años y hasta fines de la década de los cincuenta, la institucionalidad siguió perfeccionándose y agregando prestaciones a la seguridad social: salud, invalidez, indemnizaciones por años de servicio y asignaciones familiares, entre otras. Al respecto, cabe destacar que en 1938 se estableció el Servicio de Medicina Preventiva y en 1952 el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud.

A pesar del crítico informe de la Comisión Prat, que en 1964 definió al sistema de seguridad social como “injusto”, “oligárquico”, “discriminatorio” e “ineficazmente oneroso”, éste subsiste a través de una mayor participación del Estado y elevadas tasas de cotización. En todo caso, el índice de cobertura del sistema llegaba al 70% de la población nacional, entregando protección para todas las contingencias sociales reconocidas internacionalmente hasta ese momento e, incluso, para otras adicionales: enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, antigüedad, muerte, supervivencia, desempleo, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, prestaciones familiares, pensiones asistenciales y financiamiento de programas habitacionales.

En 1974 comienza un proceso de reforma que parte por uniformar los requisitos de acceso a los beneficios y las pensiones asistenciales. Desde 1975 se empiezan a reducir las tasas de cotización con el fin de disminuir los costos de contratación y, mediante la publicación del Decreto de Ley Nº 3.500 de noviembre de 1980, que transforma estructuralmente al sistema de pensiones. En efecto, a través de esta nueva normativa se implementa un modelo de ahorro previsional que, en definitiva, permite la participación de privados en la gestión de las Administradoras de Fondos de Pensiones, pasando de un sistema de reparto a uno de capitalización individual, con un énfasis en la responsabilidad y el esfuerzo de ahorro de las personas.

En materia de salud, en 1979 el Servicio Nacional de Salud es reemplazado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, se crea el Fondo Nacional de Salud FONASA y se entregan los consultorios de atención primaria a los municipios. Por otra parte, el Decreto con Fuerza de Ley Nº 3 de 1981 faculta la creación de las Instituciones de Salud Previsional, generándose un sistema privado como alternativa del régimen estatal de salud.

En 2001, con la Ley Nº 19.728, entra en vigencia el Seguro de Cesantía, que entrega una protección frente a la contingencia del desempleo. Este Seguro se financia con aportes tripartitos –trabajadores, empleadores y Estado– a través de un sistema de ahorro individual (Cuenta Individual de Cesantía) y de seguro social (Fondo Solidario de Cesantía), y con administración privada determinada a través de un proceso de licitación.

A partir del año 2002 se impulsó una nueva reforma en salud, proceso que se consolida el año 2005 con la vigencia del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas –Plan AUGE- el que asegura: acceso general, oportunidad de atención, calidad de la atención y cobertura y protección financiera. Este Plan ha estado en

constante revisión, ampliándose significativamente la cantidad de patologías consideradas. Actualmente se ha iniciado un conjunto de acciones destinado a introducir cambios en las Instituciones de Salud Previsional.

Por otra parte, la Reforma Previsional de 2008 actualizó el Pilar Solidario del Sistema de Pensiones, ampliando la cobertura del mismo hacia grupos vulnerables y, al mismo tiempo, perfeccionando el régimen de capitalización individual y los aportes voluntarios. Esta reforma le entrega mayor responsabilidad financiera al Estado, la cual, en conjunto con el PlanAUGE y el Seguro de Cesantía, extiende el modelo de seguridad social hacia el concepto de "Protección Social", de cobertura más amplia, equitativa y eficaz.

La protección previsional universal contenida en la Reforma de 2008 se estructura sobre la base de tres pilares: un Pilar Básico Solidario, que protege a quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad, cubriendo a la tercera edad o a inválidos que tuvieron en el régimen previsional contributivo una baja o nula participación; un Pilar Contributivo, cuyo objetivo es procurar un estándar de vida adecuado para los trabajadores que concluyen su vida laboral y que se fundamenta en la Capitalización Individual; y, un Pilar Voluntario, compuesto por los planes de Ahorro Previsional Voluntario y las Cuentas de Ahorro Voluntario, además de introducir la figura del Afiliado Voluntario y los planes de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo.

Los antecedentes descritos demuestran que la seguridad social chilena ha sido capaz de incorporar paulatinamente nuevas normas de protección frente a las contingencias que aquejan a las personas, considerando principalmente las condiciones sociales, políticas, económicas y demográficas de la realidad nacional. En este aspecto, se estima que el proceso de envejecimiento acelerado de la población, la menor tasa de natalidad y el retraso en la entrada a la fuerza de trabajo efectiva del país gatillarán condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo social, antecedentes deben servir de base para impulsar la inclusión de nuevas prestaciones dentro del modelo de Protección Social.

En este sentido, las futuras reformas se vincularán principalmente con la generación de mecanismos que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores, ya que las proyecciones realizadas por CELADE indican que al 2020 un 17,3% de los chilenos, lo que representa más de tres millones de personas, será mayor de 60 años.

Al respecto, es posible llevar a cabo algunas iniciativas que han estado planteándose en el último tiempo, como es, por una parte, la de aumentar los ingresos de las personas de la tercera edad a través del instrumento denominado "Hipoteca Revertida", el que generaría un flujo financiero a partir del activo que representa la vivienda propia; y, por otra, la creación de un Seguro Social de Protección a la Dependencia, que cubra las mayores necesidades de quienes física y mentalmente dependen de otros para efectuar tareas de la vida cotidiana. La aplicación de estas iniciativas daría paso a la formación de un "Cuarto Pilar" en el actual sistema previsional.

El tema de la Hipoteca Revertida ya ha sido tratado en detalle por CIEDESS en varios seminarios y en la edición del libro "Hipoteca Revertida: una fórmula innovadora para mejorar las pensiones", instancias ambas que han podido corroborar las ventajas y la factibilidad de esta figura financiera.

De ahí, CIEDESS ha estimado que hoy en Chile se hace necesario disponer de un estudio que aborde el otro tema planteado, el del Seguro Social de Protección a la Dependencia, de manera de posibilitar su consulta y discusión y analizar su eventual implementación en el país. Esta es la finalidad del presente documento.

F. Introducción

El objetivo de este trabajo es mostrar plantear la necesidad de generar en Chile un Seguro Social de Protección a la Dependencia, el que, para efectos de este documento, se denominará también "Seguro de Dependencia".

Para ello, se realiza un diagnóstico de la situación en el país de la dependencia de la vejez, actual y futura, con base en la situación y evolución demográfica, los aspectos socioeconómicos de los grupos de población objetivo, los antecedentes epidemiológicos y de aquellos factores que permiten deducir el costo que puede tener para el país en las próximas décadas las demandas del proceso de envejecimiento y la dependencia. Este diagnóstico incluye la forma en que este problema se está tratando hoy en día en Chile, desde la perspectiva de la oferta de servicios públicos y privados.

El estudio incluye un análisis de la experiencia internacional, en particular la de aquellos países que ya han transitado hacia sistemas de seguros de dependencia, también denominados de "Cuidados de la Salud de Largo Plazo". En este caso, interesa analizar los distintos esquemas del seguro de largo plazo y sus inspiraciones, lo que a su vez suele estar muy correlacionado con la cultura y costumbres de cada país. Luego, se analizan los catálogos de beneficios ofrecidos, las fórmulas de financiamiento, la evolución de los gastos, las condiciones de acceso, los grados de descentralización del sistema, los costos y su sustentabilidad, así como las evaluaciones y proyecciones que los propios gobiernos realizan sobre sus sistemas.

Todo lo anterior ayuda a abordar una propuesta concreta para el caso chileno, la que se elabora en este documento y que parte por dar cuenta de cuáles de los sistemas conocidos en el mundo pueden servir como mejores guías para diseñar un modelo de Seguro de Dependencia para Chile. Siguiendo el caso español y el alemán, entre otros, se presenta lo que pudiera ser un catálogo de beneficios inicial basado principalmente en cuidados domiciliarios de distinto tipo. Bajo el precepto de la implementación gradual, la propuesta inicial de beneficios es más bien austera respecto de la experiencia de los países desarrollados. Este inicio resulta en un catálogo que contiene 36 prestaciones de cuidados domiciliarios. Enseguida se discuten las condiciones de acceso que pudieran establecerse para optar al beneficio y en lo fundamental se estiman los costos actuariales asociados a los primeros diez años con base en información demográfica, de dependencia y de costos de oferta pública. Conforme los costos estimados, se analizan las posibles fuentes de financiamiento.

Finalmente, se discuten aspectos asociados a la institucionalidad y gestión de este nuevo programa de seguridad social, especialmente para las etapas iniciales de su puesta en marcha.

El documento está estructurado de la siguiente manera: En el capítulo 1, "Magnitud del Problema de la Dependencia en Chile: Situación actual y futura", se abordan los aspectos de diagnóstico del problema asociados a la demografía y envejecimiento de la población, su evolución, junto con los factores epidemiológicos del envejecimiento y la dependencia. Luego, en el capítulo 2 "Atención actual de la Dependencia en Chile", este diagnóstico continúa con un análisis de lo que el país ha desarrollado hasta ahora para atender a la vejez con algún grado a la dependencia y los programas institucionales existentes.

En el capítulo 3 "Los Seguros Sociales de la Dependencia en países desarrollados" se presenta un estudio comparado de los sistemas de cuidados de salud de largo plazo en el mundo, caracterizando

sus componentes principales. Por último, en el capítulo 4 “Propuesta de Seguro de Social de Protección a la Dependencia para Chile” se detalla la proposición para el caso chileno, identificando los aspectos centrales del modelo: catálogo de beneficios, costos actuariales y vías de financiamiento.

Capítulo 1.

Magnitud del problema de la Dependencia en Chile: Situación actual y futura

Chile está envejeciendo y, en general, las futuras generaciones gozarán de mejores condiciones de vida producto del mayor desarrollo económico y social del país. Sin embargo, este envejecimiento tiene implicancias económicas relevantes, que obligará a configurar mecanismos económico-financieros que permitan enfrentar los desafíos de dicho fenómeno. En efecto, si el envejecimiento es el deterioro progresivo y generalizado de las funciones de las personas, que produce una pérdida de respuesta adaptativa y mayores riesgos de sufrir enfermedades relacionadas con la edad, como ya se observa en otros países, Chile requerirá de nuevas soluciones de aseguramiento y servicios para el adulto mayor.

En esta sección, se intenta desarrollar una aproximación al problema de la dependencia y sus proyecciones en Chile, a través de su asociación más directa que es el envejecimiento de la población, su caracterización socioeconómica, su morbi-mortalidad esperada.

A.1 Demografía y determinantes sociales en relación a la dependencia

Dada la asociación directa entre vejez y dependencia, resulta evidente que a medida que la población envejece, el problema de la dependencia cobrará mayor relevancia. Por lo tanto adquiere suma relevancia la necesidad de abordar un análisis demográfico de la importancia que adquiere y adquirirá el adulto mayor en Chile en varios aspectos. Baste señalar por ahora que al año 2020 un 17,3% de los chilenos será mayor de 60 años (CASEN 2006).

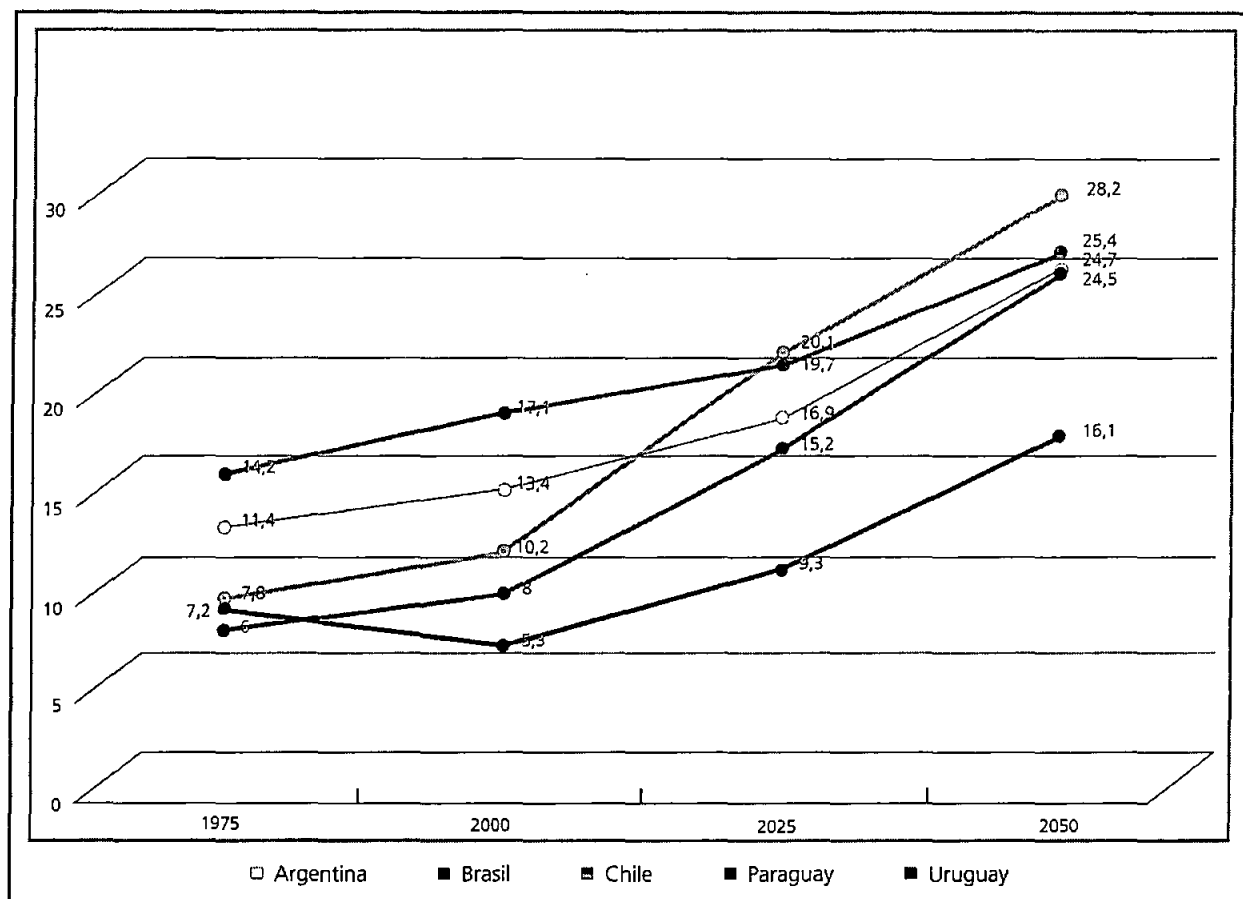
En efecto, la evidencia indica que Chile se acerca aceleradamente a un cambio estructural en la composición de la población, la que en el quinquenio de 2020-2025 se caracterizará por el hecho que la población adulta mayor superará a la población joven. Ello tiene implicancias en el ámbito sanitario y por lo tanto, en la necesidad de generar políticas públicas que aseguren un estado de salud adecuado para esta importante masa de población. Por otra parte, se debe explorar en las condiciones en que se desenvuelven los adultos mayores en Chile, esto es, en sus condiciones socioeconómicas. Esto es lo que se intenta en los siguientes párrafos.

A.1.1 Evolución demográfica

i. Aspectos generales

Chile presenta un envejecimiento avanzado y se encuentra dentro de los países más envejecidos de la región de países sudamericanos. Las proyecciones muestran que se encuentra en el segundo lugar después de Uruguay y superará a este país hacia 2025, liderando entonces el ranking con una prevalencia de adultos mayores de 20,1%, como muestra el gráfico 1.

Gráfico 1: Adultos mayores proyecciones para algunos Países de Sudamérica, 1975 – 2050 (porcentaje)

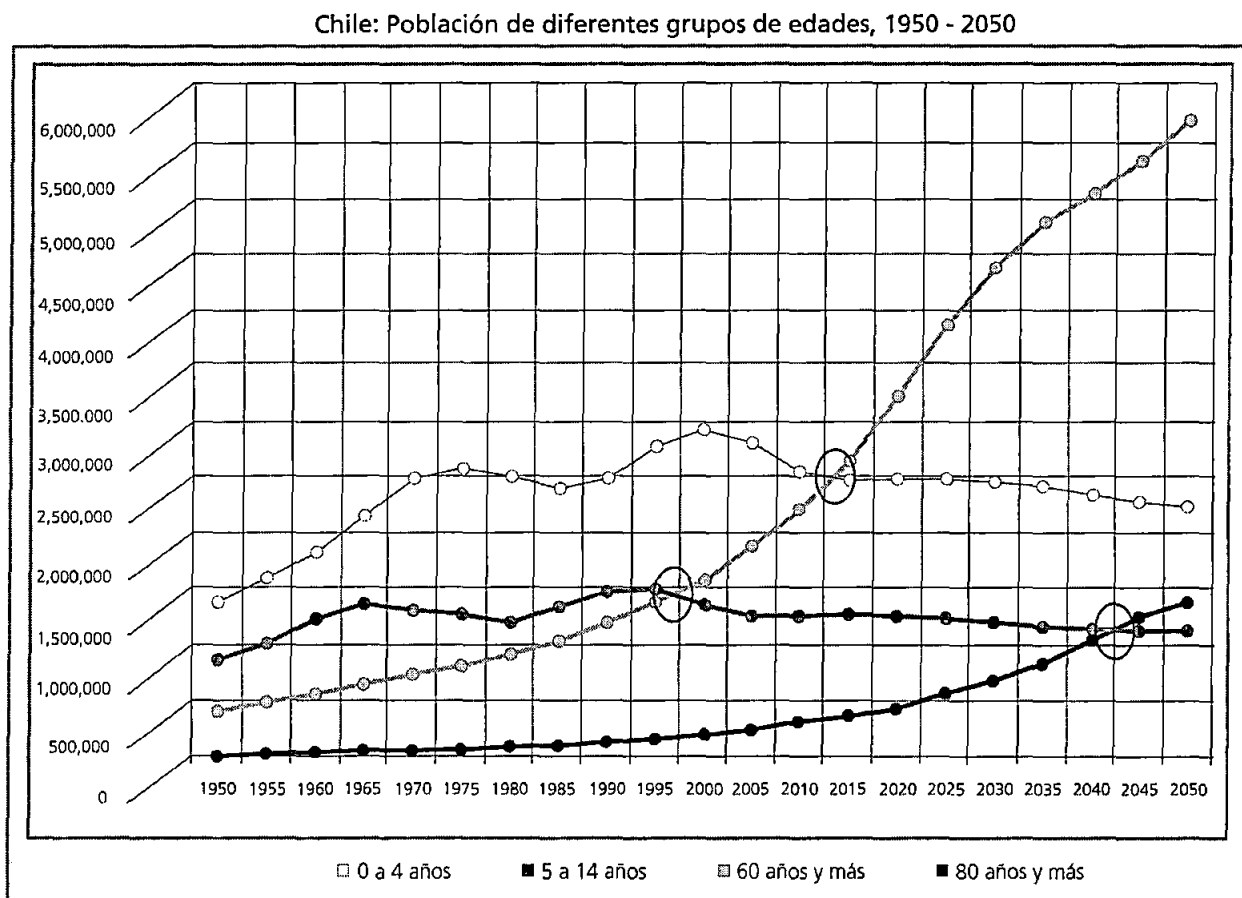


Fuente: Elaboración propia a partir de datos CEPAL: Observatorio Demográfico (2007).

El número de personas mayores ha aumentado desde 1990 hasta la fecha, pasando de 1 millón 300 mil adultos mayores a 2 millones 500 mil. Según las proyecciones realizadas por CELADE en base a los resultados del Censo 2002, en el año 2020 existirán 3.264.841 personas mayores en Chile. Esta cifra equivale al 17,5% del total.

El siguiente gráfico muestra la panorámica de las proyecciones de envejecimiento de la población, relacionándolo con la disminución de niños y niñas entre 0 y 14 años. Entre los aspectos más importantes, se prevé que para el año 2015 se igualará el número de niños entre 5 y 14 años con el de personas de sesenta años y más. Por otra parte, se estima que hacia el año 2040 las personas de 80 años y más y de niños y niñas de 0 a 4 años también se igualarán en número.

Gráfico 2: Panorámica del envejecimiento en relación a los otros grupos de edad poblacional (1950-2050)

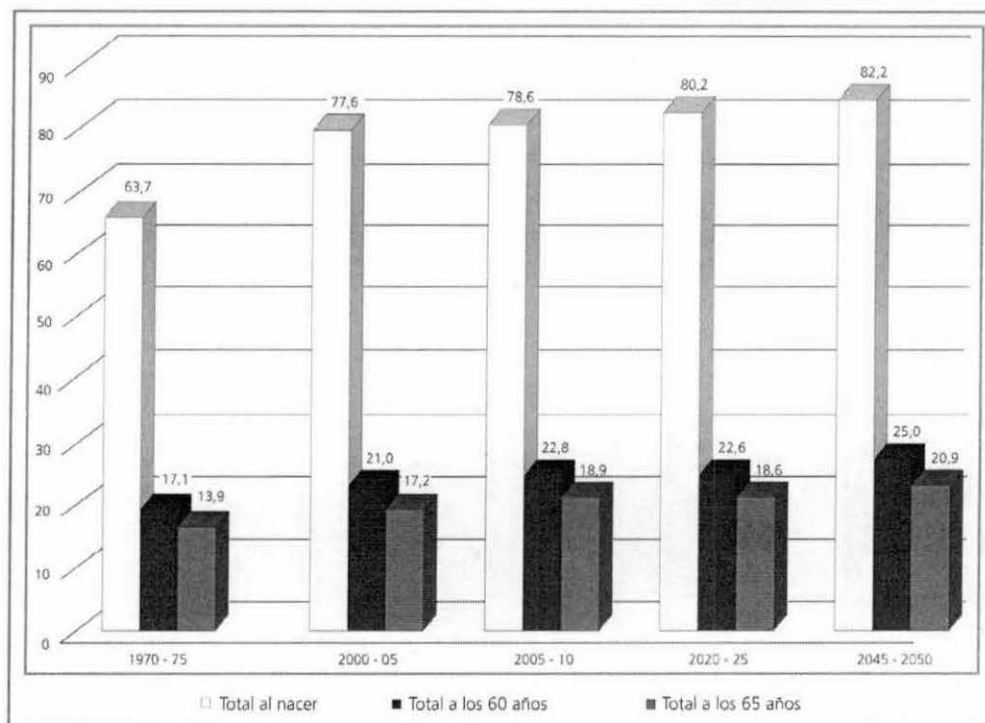


Fuente: INE-CELADE. Proyecciones de población 1950 - 2050.

Lo anterior supone un desafío importante, producto que tanto las personas mayores como los niños requieren de cuidados, existiendo una mayor demanda por ellos.

Por otra parte, de la población total de personas mayores, un 43,6% corresponden a hombres y un 56,4% a mujeres. Las mujeres presentan una mayor esperanza de vida al nacer, caracterizándose además por vivir más años que los hombres, aunque generalmente en deficientes condiciones de salud. Además, los niños y niñas que nacen en Chile pueden, actualmente, vivir más de 78 años. Se estima que para el 2050 todo recién nacido tendrá una esperanza de vida de 82 años. En el presente, las personas mayores que ya han cumplido los 60 tienen claras posibilidades de vivir hasta los 81 años y quienes ya han cumplido los 65 pueden superar los 82.

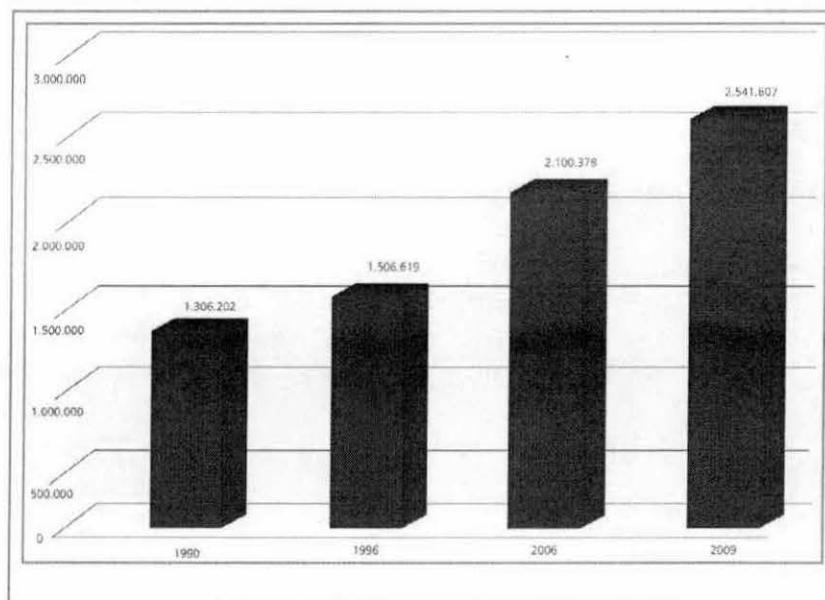
Gráfico 3: Esperanza de vida al nacer en Chile, al cumplir los 60 y 65 años en distintos quinquenios (años)



Fuente: Elaborado con datos INE-CEPAL.

En cuanto a la situación actual, de acuerdo a la Casen 2009, la población de adultos mayores llega a 2.541.607, los que representan el 15% de la población total.

Gráfico 4: Número de personas adultos mayores en Chile en las distintas mediciones de la Encuesta CASEN



Fuente: Elaboración propia con Encuestas CASEN.

ii. Detalle de la evolución futura de la población

De acuerdo a estudios de proyecciones de INE y CELADE, el total de la población Chilena se duplicará entre 1970 y 2020. Entre 2010 y 2040, la población total crecerá un 18,2%, reflejando un incremento anual promedio de 0.45%. Sin embargo, este crecimiento no será homogéneo entre sexos. La población masculina crecerá por debajo de la femenina, con 17,1%, reflejando un 0,43% promedio anual, en contrapartida del crecimiento esperado para mujeres, que lo hará en 19,31% reflejando un 0,48% promedio anual. La tabla a continuación da cuenta de lo señalado.

Tabla 1: Estimación de crecimiento de la población en Chile 1970-2050¹

Años	Población			Variación Anual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
1970	9.569.631	4.723.210	4.846.421			
1975	10.413.219	5.136.760	5.276.459	8,82%	8,76%	8,87%
1985	11.174.173	5.512.892	5.661.281	7,31%	7,32%	7,29%
1990	12.102.174	5.973.234	6.128.940	8,30%	8,35%	8,26%
1995	13.178.782	6.511.708	6.667.074	8,90%	9,01%	8,78%
2000	15.397.784	7.620.300	7.777.484	16,84%	17,02%	16,66%
2005	16.267.278	8.052.564	8.214.714	5,65%	5,67%	5,62%
2010	17.094.270	8.461.322	8.632.948	5,08%	5,08%	5,09%
2015	17.865.185	8.839.232	9.025.953	4,51%	4,47%	4,55%
2020	18.549.095	9.170.100	9.378.995	3,83%	3,74%	3,91%
2025	19.128.758	9.446.141	9.682.617	3,13%	3,01%	3,24%
2030	19.587.121	9.658.397	9.928.724	2,40%	2,25%	2,54%
2035	19.914.249	9.803.138	10.111.111	1,67%	1,50%	1,84%
2040	20.110.322	9.883.518	10.226.804	0,98%	0,82%	1,14%
2045	20.195.050	9.911.623	10.283.427	0,42%	0,28%	0,55%
2050	20.204.779	9.904.861	10.299.918	0,05%	-0,07%	0,16%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

Lo anteriormente señalado se expresa claramente en la estimación de la evolución del índice de masculinidad, que se incrementa levemente hacia el año 2000 y comienza una larga fase de decrecimiento desde el año 2005 en adelante, para llegar a 2050 a un índice proyectado de 96,2, lo que equivale a decir que por cada 100 mujeres, existirán 96 hombres en el total estimado de población. El gráfico siguiente ilustra esta proyección.

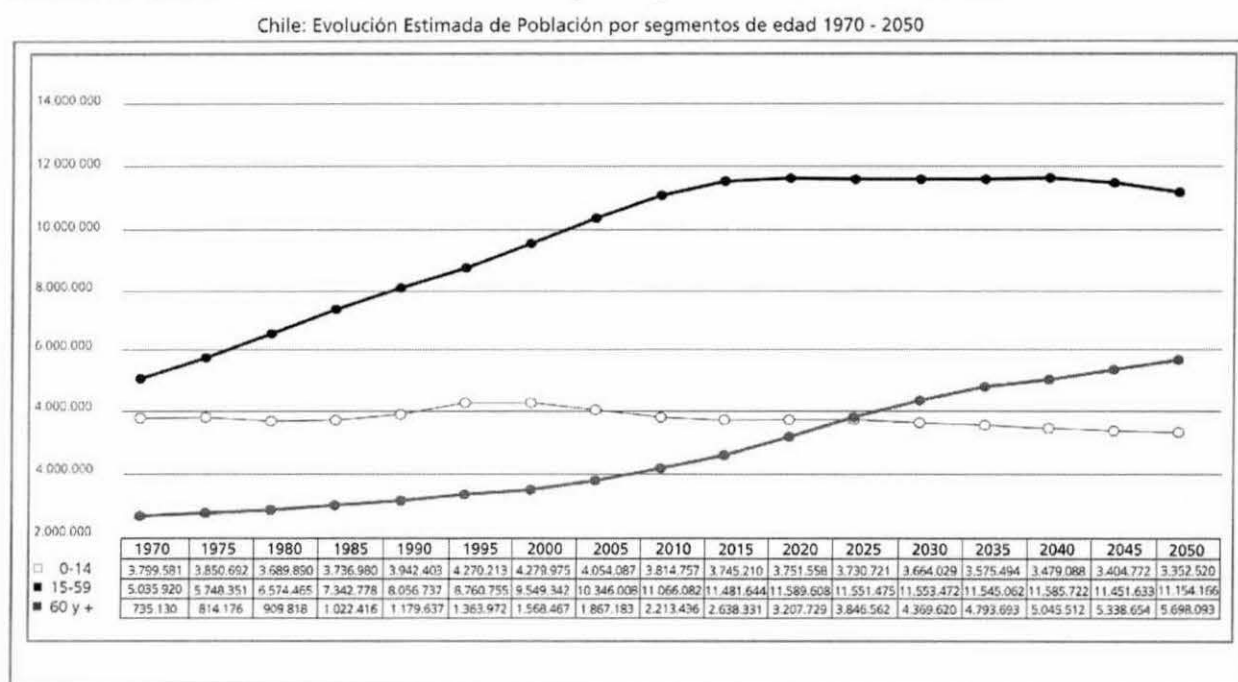
¹ Este apartado tiene como referencias las proyecciones ajustadas en una serie que considera empalmes de series y ajustes realizados en el año 2005, estas estimaciones recogen los antecedentes censales de los periodos anteriores, de igual forma los correspondientes ajustes a las proyecciones.

Gráfico 5: Estimación de la Evolución del Índice de Masculinidad



Fuente: Elaboración Propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

En base a las mismas proyecciones y segmentando por grupos etarios 0-14 años; 14-59 y de 60 y más años, es posible observar quiebres significativos en las tendencias de crecimiento, tal es el caso del tramo 15-59 años, el que comenzará un proceso de decrecimiento en 2020, para mantener tasas de crecimiento inferiores a 1% a partir de esa fecha en adelante. Por su parte, la relación entre la población de 0 a 14 años y la de 60 y más años comenzó un proceso de reversión en su crecimiento en el quinquenio 1995-2000 y las magnitudes en la población adulta mayor serán más altas en el quinquenio 2020-2025. En efecto, las proyecciones indican que los adultos mayores serán de 3.846.562, mientras que los niños y jóvenes entre 0 y 14 años serán 3.730.721. Posteriormente, la población adulta mayor será 1,3 veces más que la población más joven de la sociedad chilena y, hacia 2050 las cifras proyectan 3.352.520 personas para la población de 0-14 años y de 5.698.093 para la población adulta mayor, siendo la relación igual a 1.7 veces entre ambos grupos etarios. El gráfico a continuación da cuenta de lo señalado.

Gráfico 6: Chile, Estimación de la Población por segmento de edad 1970-2050

Fuente: Elaboración Propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

En relación a la evolución estimada de la población por segmentos etarios, desde el quinquenio 1970-1975, la población Adulto Mayor ha comenzado un crecimiento sostenido de dos dígitos, con un estimaciones que alcanzarán su máxima tasas de variación hacia el quinquenio 2015-2020, período en el que se estima crecerá en un 21,6%. La morigeración en la tendencia de crecimiento se prevé se inicie en el quinquenio 2030-2035, cuyas tasas, aunque crecientes, presentarán un menor de crecimiento. Como se haseñalado previamente, el caso más extremo en cuanto a decrecimiento se verifica en la población de 0-14 años, la que muestra importantes disminuciones desde el quinquenio 2000-2005 en adelante. Las cifras de tasas de evolución de la población se presentan en la tabla siguiente.

Tabla 2: Tasa de variación de la evolución de la población estimada 1970-2050

Tramo de Edad	1975/ 1970	1980/ 1975	1985/ 1980	1990/ 1985	1995/ 1990	2000/ 1995	2005/ 2000	2010/ 2005	2015/ 2010
0-14	1,37%	-4,18%	1,28%	5,50%	8,31%	0,23%	-5,28%	-5,90%	-1,82%
15-59	14,15%	14,37%	11,69%	9,72%	8,74%	9,00%	8,34%	6,96%	3,76%
60 y+	10,75%	11,75%	12,38%	15,38%	15,63%	14,99%	19,05%	18,54%	19,20%

Tramo de Edad	2020/ 2015	2025/ 2020	2030/ 2025	2035/ 2030	2040/ 2035	2045/ 2040	2050/ 2045
0-14	0,17%	-0,56%	-1,79%	-2,42%	-2,70%	-2,14%	-1,53%
15-59	0,94%	-0,33%	0,02%	-0,07%	0,35%	-1,16%	-2,60%
60 y+	21,58%	19,92%	13,60%	9,71%	5,25%	5,81%	6,73%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

Los cambios que se proyectan en el desarrollo demográfico de la sociedad chilena modifican el peso relativo de los tres segmentos de población analizados. Entre 1970 y 2010 se verifica una caída en la participación de 17,4% de la población de 0-14 años. Para el mismo periodo se observa un incremento en la participación de 12,1% en el tramo entre 15-59 años. De la misma forma se constata que entre el mismo periodo la población entre 60 y más años se incremento en 5,3%.

Pero, este proceso cambia sustantivamente para los quinquenios siguientes (2015-2050), donde la estimación de participación de la población de entre 0-14 y la de 15-59 se reducen de 21% a 16,6% y de 64,3% a 55,2% respectivamente. El incremento de la población mayor de 60 años prácticamente duplica su participación, pasando de 14,8% de participación en el quinquenio 2015 a 28,2% en 2050. La Tabla a continuación ilustra la distribución de los tramos etarios para el periodo estimado.

Tabla 3: Evolución de la participación de la población por tramos de edades. Período 1970-2050

Participación	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
0-14	39,69%	36,98%	33,02%	30,88%	29,91%	29,66%	27,80%	24,92%	22,32%
15-59	52,62%	55,20%	58,84%	60,67%	61,13%	60,86%	62,02%	63,6%	64,7%
60 y+	7,68%	7,82%	8,14%	8,45%	8,95%	9,48%	10,19%	11,48%	12,95%

Participación	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0-14	20,96%	20,23%	19,50%	18,71%	17,95%	17,30%	16,86%	16,59%
15-59	64,27%	62,48%	60,39%	58,99%	57,97%	57,61%	56,71%	55,21%
60 y+	14,77%	17,29%	20,11%	22,31%	24,07%	25,09%	26,44%	28,20%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

(1) Índices Demográficos de la Población Chilena.

Los antecedentes previos permiten generar indicadores relativos a parámetros de caracterización de la población. En este apartado abordaremos los tradicionales Índices de Dependencia, Vejez y Juvenil.

a. Índice de dependencia:

Este indicador permite aproximarse a cuantificar la carga económica que soportaría la población potencialmente activa. Los "dependientes" son los menores de 15 y mayores de 65. Se establece la relación frente a las personas en edad activa, que son las mayores de 15 y menores de 65, por cada cien habitantes. Chile aparece en la tabla con un valor muy alto en 1970, debido a la gran proporción de niños de entonces. Desde el quinquenio 1970-1975 este indicador viene descendiendo a través de los años. Ello es consistente con la tendencia al aumento de la población Adulto Mayor.

Las proyecciones indican que el índice de dependencia aumentará, especialmente por el efecto del incremento de la población adulto mayor. Se estima que el índice alcanzará su mínimo en 2015, incrementándose gradualmente hasta 2050, fecha en que se estima que la población activa deberá soportar un índice de dependencia de 61,7, tal como muestra el gráfico 7.

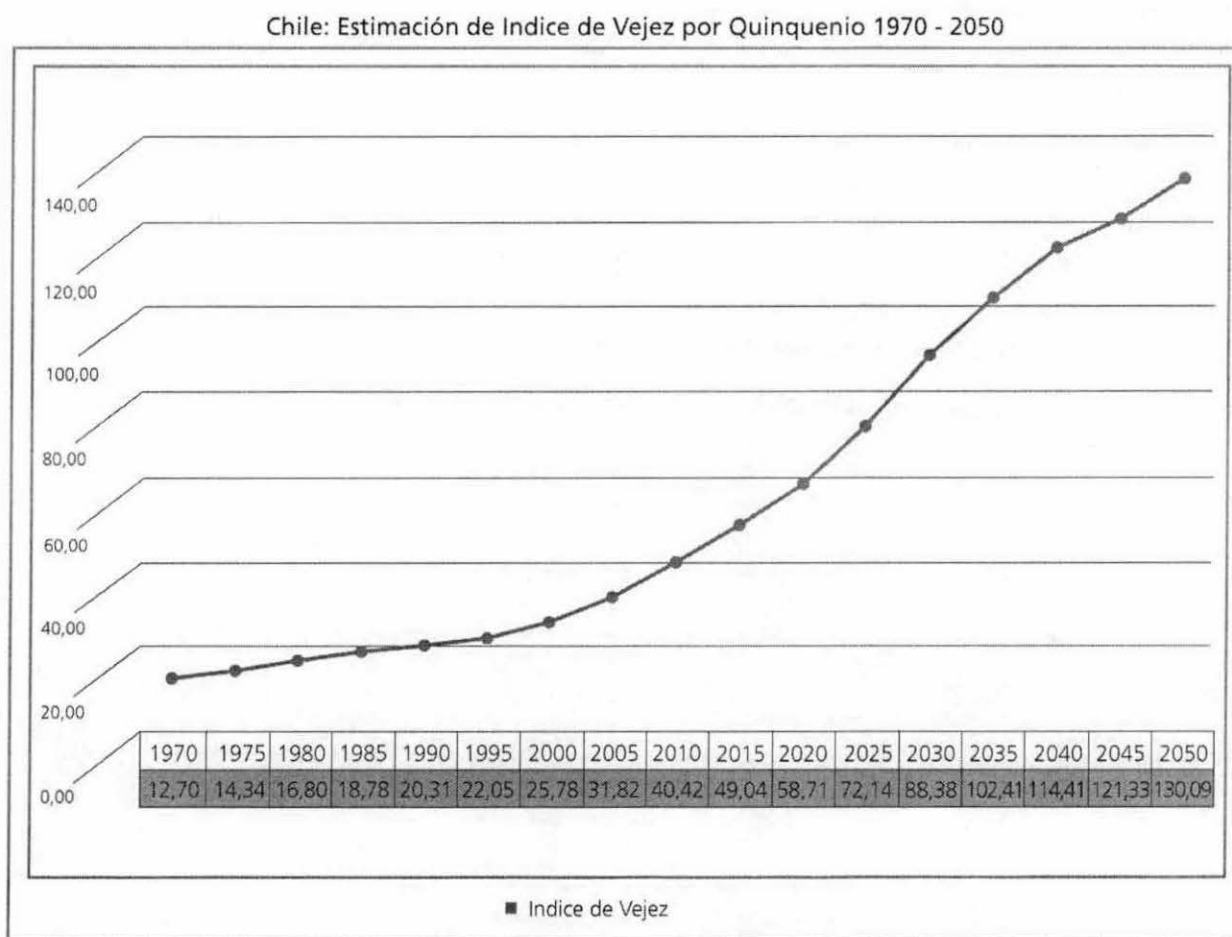
Gráfico 7: Evolución Estimada del Índice de Dependencia de la población

Fuente: Elaboración Propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

b. Índice de vejez:

Claramente existe una tendencia importante al envejecimiento de la población chilena. Mientras para 1970 se estimaba en 12 personas de 65 años y más, por cada cien menores de 15 años. Para 2010 se estima que este indicador mostrará 40 Adultos Mayores (mayor de 65 años) por cada 100 jóvenes. Al llegar el 2050, de acuerdo a las tendencias estimadas, la población mayor de 65 años será de 130 por cada 100 menores de 15 años. El gráfico a continuación da cuenta de lo expresado a través del índice de vejez.

Gráfico 8: Evolución Estimada del Índice de Vejez de la población



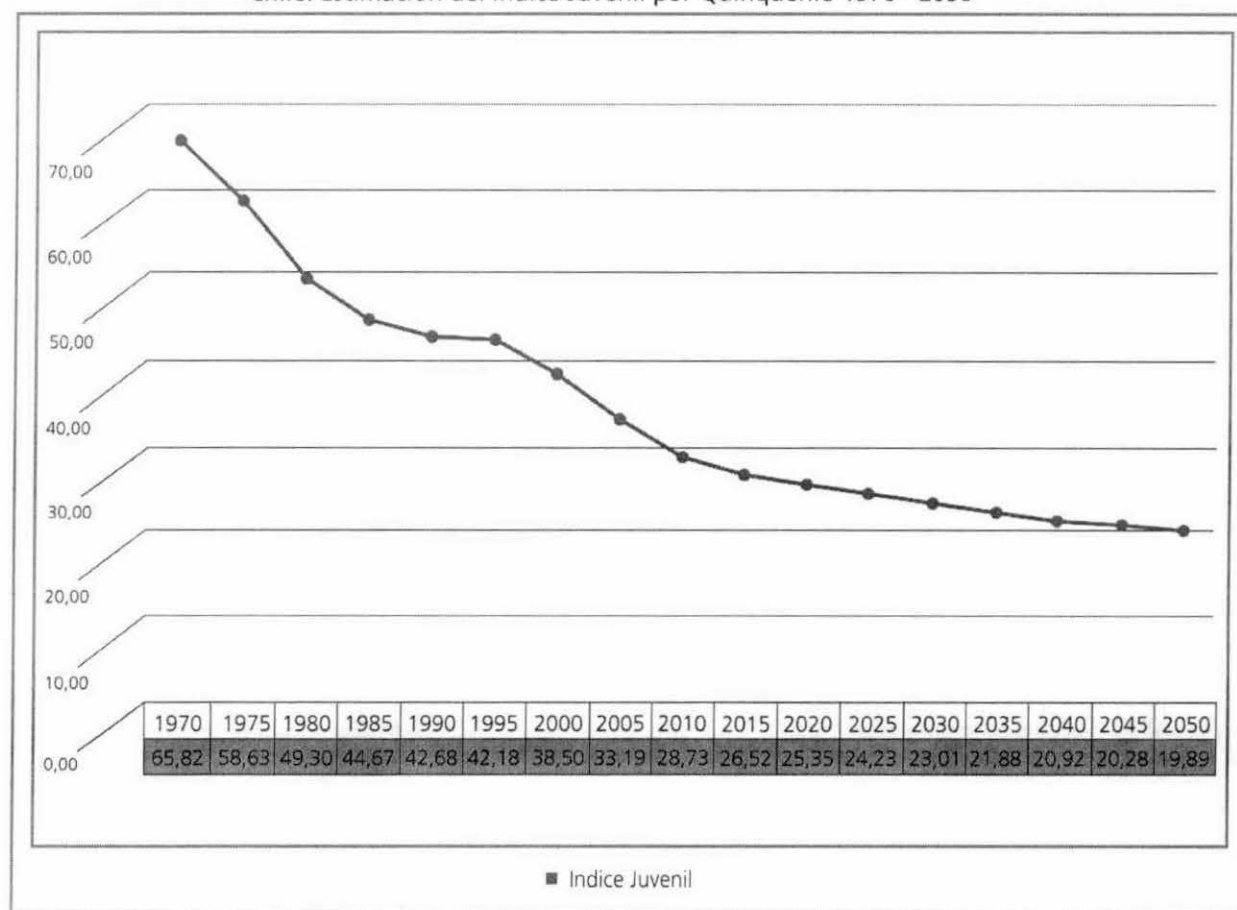
Fuente: Elaboración Propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

c.- Índice juvenil:

En el índice juvenil, el inverso del Índice de Vejez, es donde se percibe el efecto del descenso de la fecundidad, que impacta especialmente en el tramo poblacional de 0 a 15 años. En 1970 el 65,8% de la población estaba entre los 0 a 15 años. La estimación a 2010 revela un indicador de 28,7%. Se estima un descenso del Índice para 2050 hasta llegar al 19,9% de índice juvenil, evidenciando, a su vez, el mayor peso relativo de la población Adulto Mayor en Chile.

Gráfico 9: Evolución Estimada del Índice de Vejez de la población

Chile: Estimación del Índice Juvenil por Quinquenio 1970 - 2050



Fuente: Elaboración Propia sobre la base de INE, Estimaciones demográficas 1950-2050.

d.- Envejecimiento de la vejez

El grupo de personas mayores de sesenta años y más, no es homogéneo. El segmento con mayor crecimiento actual y futuro es el compuesto por personas que tienen setenta y cinco y más años. Para el año 2025 se espera que este grupo se duplique y alcance una participación de 4% en el total de la población, para llegar a bordear en el año 2050 el 9% de la población aproximadamente (cifras promedio a nivel latinoamericano). En este marco, en Chile las personas mayores de 80 años están aumentando aceleradamente. Según estimaciones, para el año 2050 habrá más de 1 millón 500 mil personas en esta situación etaria.

A.1.2 Caracterización socio económica de los Adultos Mayores

El Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores en Chile 2009 (SENAMA, 2010), mostró que la dependencia en el año 2009 alcanzó al 24,1% de los adultos mayores, observándose una diferencia significativa de 11,6 puntos porcentuales en desmedro del área rural donde la prevalencia de dependencia alcanza a un tercio de la población adulta mayor. Además, la frecuencia y severidad de la dependencia aumenta a medida que aumenta la edad, de modo que a partir de los 75 años la dependencia severa constituye la mayor proporción de la dependencia total, llegando a cifras superiores al 30% en los mayores de 80 años.

Se observó además, que el 35,2% de los sujetos dependientes presentan deterioro cognitivo y que la prevalencia de deterioro cognitivo para el total de la muestra del estudio alcanzó 8,5%, cifra similar a la encontrada en estudios internacionales. A partir de los 75 años se aprecia un aumento exponencial de la curva de incremento, alcanzando cifras superiores al 40% a partir de los 85 años. Se observa que el riesgo de deterioro cognitivo aumenta significativamente mientras menor es la escolaridad con un riesgo 13 veces mayor en los sujetos sin escolaridad en comparación con aquellos con 12 y más años de escolaridad.

Existe una gran diferencia entre los afiliados al sistema público y aquellos afiliados al sistema privado de salud, encontrándose que las cifras de dependencia son el doble en los beneficiarios del Fonasa, que en los inscritos en ISAPRES.

Respecto de los cuidadores, se encontró que son mayoritariamente mujeres, hijas o esposas, dos tercios de las cuales no han tomado vacaciones hace más de 5 años, cuidan a su familiar más de 12 horas diarias, no comparten el cuidado y se sienten solas, sobrecargadas y sobrepasadas por su situación. Por último, dentro de las características socio-demográficas relevantes, resaltan las peores condiciones de los adultos mayores de zonas rurales donde por ejemplo, la proporción de analfabetismo es el doble que en las zonas urbanas, 9,4% y 23,2% respectivamente.

(1) Ingresos y Pobreza

Las personas mayores con bajos ingresos tienen mayores niveles de mortalidad y morbilidad, tanto por causas transmisibles como por enfermedades crónicas. En este sentido, éstas últimas se manifiestan de forma más severas en este grupo, debido principalmente a la falta de acceso a los servicios de salud. De esta forma una consideración importante sobre la condición de la salud de los Adultos Mayores en Chile, se encuentra estrechamente vinculado a la situación de pobreza y su nivel socioeconómico.

El 8,9% de las personas adultas mayores en Chile viven bajo la línea de la pobreza (CASEN 2009). Esta tasa es menor en un 50% al índice de pobreza nacional. En 1990 esta cifra alcanzaba el 20,6%. Este índice está íntimamente relacionado con los montos de las pensiones por lo que es posible pensar que Chile ha disminuido las brechas en la cobertura de las pensiones producto de la introducción de la reforma del pilar

solidario en las pensiones y con ello la pobreza en este grupo etario de la población. De hecho, la Pensión Básica Solidaria (PBS) comenzó a regir el 1 de julio de 2008, con un valor de \$60.000. El 1 de julio del año 2009, la PBS alcanzó el valor de \$75.000.

En los primeros años, las pensiones solidarias se concentraron en los pensionados de menores ingresos, para ir gradualmente alcanzando al 60% de la población. De acuerdo a proyecciones de la DIPRES y la OIT, con la reforma previsional el Estado gastó el 2009 un 0,21% del PIB, el 2012 este gasto aumentará a 0,54% y a 0,82% en 2025. Si a lo anterior se le suma el bono por hijo y la subvención a la contratación de jóvenes se alcanza el 1,4% del PIB.

La disminución de la pobreza y la indigencia y la reforma mencionada ha permitido mitigar fuertemente la participación de otras categorías que integran la situación de pobreza en los adultos mayores, es así, que en el caso de la Indigencia su participación en 2009 alcanzó a un 2,1% versus el 11,6% que alcanzaba en los años 90 y en el caso de los Pobres No Indigentes su participación alcanzó a un 6,8% en 2009 versus el 38,4% alcanzado en los 90. La evidencia de estas cifras se presenta en la tabla a continuación.

Tabla 4: Situación socioeconómica de AM en las distintas encuestas CASEN 1990-2009

Situación Socio-económica	1990		2000		2003		2006		2009	
	Cantidad	Part.	Cantidad	Part.	Cantidad	Part.	Cantidad	Part.	Cantidad	Part.
Indigente	62.013	11,6%	25.301	1,5%	28.279	1,6%	27.724	1,3%	51.580	2,1%
Pobre No Indigente	206.305	38,4%	104.409	6,4%	144.457	8,2%	129.422	6,2%	169.414	6,8%
No Pobre	268.318	50,0%	1.510.612	92,1%	1.591.290	90,2%	1.938.112	92,5%	2.259.993	91,1%
Total	536.636	100,0%	1.640.322	100,0%	1.764.026	100,0%	2.095.258	100,0%	2.480.987	100,0%

Fuente: Encuestas CASEN de cada año.

En lo que respecta a la evolución observada en la situación de pobreza total del AM, tanto en indigencia como en pobre no indigente en el período 1990-2009, ésta ha experimentado un decrecimiento promedio anual de 0,9% para ambos casos. Desde la perspectiva de la situación de variación promedio anual para el mismo periodo este exhibe un crecimiento de 39,1% para los AM en condición de no pobreza. Cifras comparativas entre tramos de medición de la CASEN, se exhiben en la tabla a continuación.

Tabla 5: Variación de la situación Socioeconómica del Adulto Mayor en Chile

Variación Situación Socioeconómica AM	2000/1990	2003/2000	2006/2003	2009/2006	2009/2000	2009/1990
Indigente	-5,9%	3,9%	-0,7%	28,7%	11,5%	-0,9%
Pobre No Indigente	-4,9%	12,8%	-3,5%	10,3%	6,9%	-0,9%
No Pobre	46,3%	1,8%	7,3%	5,5%	5,5%	39,1%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

De acuerdo con los datos de CASEN, las mujeres AM en la categoría de indigencia en 2009 alcanzaban un 2,1% del total de mujeres (29.655 personas), ello muestra una caída significativa en la reducción en

comparación con 1990. En el caso de los hombres la tendencia de reducción ha tendido el mismo camino entre 1990 y 2009 pasando de 4,5% a 2,0% en el período. La participación de hombres AM en su género en 2009 fue de 2,0% (21.925 personas). Las magnitudes absolutas dan cuenta una masa de mujeres adulto mayor con mayor preponderancia en la condición de indigencia.

De la misma forma, aunque en magnitudes y participaciones diferentes, los AM en condición de pobreza se redujeron entre 1990 y 2009. En el caso de las mujeres estas pasaron de representar en el género en condición de pobreza de 15,7% en 1990 a 6,9% en 2009 (desde 112.942 a 96.397 personas), en tanto en hombres la reducción se verificó desde un 16% a 6,7 en condición de pobreza (pasando de 93.363 a 73.017 personas) entre iguales periodos

Con todo, en términos absolutos la mujer se mantiene por sobre el hombre en la categoría de indigencia y pobreza, ello debido en lo fundamental a la sobrevida que experimenta el sexo femenino en relación a los hombres. Las cifras revelan que en términos de participación en el género en 2009 los hombres y mujeres AM se encontraban por sobre el 90% en cada caso de No pobreza. La evidencia de lo expuesto se presenta a continuación.

Tabla 6: Adultos Mayores: Situación Socioeconómica según género

Situación Socio-económica según género	1990				2009			
	Mujeres	Part.	Hombres	Part.	Mujeres	Part.	Hombres	Part.
Intdigente	35.607	4,9%	26.406	4,5%	29.655	2,1%	21.925	2,0%
Pobre No Indigente	112.942	15,7%	93.363	16,0%	96.397	6,9%	73.017	6,7%
No Pobre	571.009	79,4%	464.319	79,5%	1.270.721	91,0%	989.272	91,2%
Total	719.558	100,0%	584.088	100,0%	1.396.773	100,0%	1.084.214	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

(2) Sistema previsional de salud de los adultos mayores

Según la encuesta CASEN 2009 en la afiliación de los adultos mayores a los sistemas de salud vigente, se observa una mayor afiliación de mujeres respecto de los hombres con un 56,4% y 43,6% de mujeres y hombres AM, respectivamente. Sin embargo, la mayoría de los AM se encuentra inscrito en el sistema público de salud, alcanzando a un 85,3% las personas AM que están en FONASA. En el caso de las Isapres la participación alcanza a un 7,7% y FFAA a un 3,4%.

Para el caso, del sistema público la afiliación mayoritaria de los AM se observa, tanto para los hombres como en las mujeres, en el grupo A de FONASA con 370.048 de hombres y 614.801 de mujeres. Alcanzando en el sistema total una participación del 39,6%. En orden de magnitud le sigue el grupo B en el cual se registran 345.586 casos en hombres y 411.230 en mujeres. Alcanzando este una participación total de un 30,4%.

Las cifras indican que en 2009 los adultos mayores que declararon estar afiliado al seguro público de salud ascendieron a 2.120.641 personas, de un universo total de 2.486.233 Adultos Mayores capturados en la CASEN.

Tabla 7: Sistema previsional de Hombres Adulto Mayor

Hombre	60 y más	Acumulados sistemas	%
Sistema Público grupo A	370.408		
Sistema Público grupo B	345.586		
Sistema Público grupo C	58.718		
Sistema Público grupo D	68.255		
Sistema Público no sabe grupo	56.444	899.411	
F.F.A.A. y del orden	36.587	36.587	
ISAPRE	105.543	105.543	
Ninguno (particular)	20.437	20.437	
Otro Sistema. Especifique	5.992	5.992	
No sabe	16.262	16.262	
Total	1.084.232		43,60%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 8: Sistema previsional de Mujeres Adulto Mayor (poner año en la base)

Mujer	60 y más	Acumulados sistemas	%
Sistema Público grupo A	614.801		
Sistema Público grupo B	411.230		
Sistema Público grupo C	63.119		
Sistema Público grupo D	66.815		
Sistema Público no sabe grupo	65.265	1.221.230	
F.F.A.A. y del orden	46.732	46.732	
ISAPRE	86.879	86.879	
Ninguno (particular)	24.763	24.763	
Otro Sistema. Especifique	4.194	4.194	
No sabe	18.203	18.203	
Total	1.402.001		56,40%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 9: Sistema previsional del Total de Adultos Mayores (poner año en la base)

Total	60 y más	Acumulados sistemas	%
Sistema Público grupo A	985.209		
Sistema Público grupo B	756.816		
Sistema Público grupo C	121.837		
Sistema Público grupo D	135.070		
Sistema Público no sabe grupo	121.709	2.120.641	
F.F.A.A. y del orden	83.319	83.319	
ISAPRE	192.422	192.422	
Ninguno (particular)	45.200	45.200	
Otro Sistema. Especifique	10.186	10.186	
No sabe	34.465	34.465	
Total	2.486.233		100,00%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

(3) Características de dependencia del Adulto Mayor: Auto percepción de su situación de Salud

Una pregunta relevante de la Encuesta CASEN en relación a la caracterización al respecto de la salud de los AM, es la auto percepción de salud, la que es una declaración que realiza el encuestado frente a la pregunta. De las respuestas procesadas se evidencia que del total de AM, un 2,35% se declararon con una situación de salud "muy mal". Agrupados por quinquenios de edad, desde los 75 años en adelante el peso relativo de esta condición supera al guarismo total, con un 2,7% para el tramo 75-79 años, 3,5% para el tramo de 80-84 años y 4,7% en el tramo superior de 85 y más.

Seguidamente, la auto percepción respecto de la salud personal como "Mal", la participación agregada da cuenta de la declaración de un 8,7% del total de Adultos Mayores en dicha condición. En cuanto a la distribución por quintiles de edad, cabe destacar que la participación se incrementa en el tramo de 75-79 con 9,6% de participación, incrementándose la participación en los tramos siguientes con 11,3% (80-84 años) y 12,4% para el tramo de 85 y más años.

En la respuesta que da cuenta de un estado de salud menos que regular, el 5,6% del total de los AM se ubicaron en esta condición. Superaron el guarismo, los cuatro últimos quintiles de la distribución etaria presentada, destacando el tramo 85 y más años, la que reflejó un 9,8% del total.

En la condición siguiente, que es la categoría "regular", la declaración de los AM, establece que un 34,1% del total se ubicó en esa condición de salud. En ello cabe destacar que la participación de los tramos de quintiles definidos en la distribución refleja que el menor peso relativo correspondió al tramo de 85 y más años con un 29,6%, seguido del tramo 60-64 años que participó con un 31,6%. El resto de los tramos se ubico por sobre el porcentaje de participación del total de AM estimados en la CASEN.

La categoría de respuesta, de la percepción como Más que regular en el total de AM, da cuenta de una participación del total de 10,2%. En ello cabe señalar que en la medida que se avanza en los quintiles de edad, la participación va decreciendo, sobre todo en los tramos de 70 a 74 años en adelante. De la misma forma se observa en la respuesta de autopercepción "Bien" en relación a su estado de salud, en la cual el

total de AM refleja un peso relativo de 34,3%, destacando en ello que sobrepasan el porcentaje total en la distribución los tramos de edad de 60-64 y 65-69 años.

En cuanto a la declaración sobre el estado de salud Muy Bien, sólo el 4,4% del total declara sentirse en esa condición, destacando particularmente en este los tramos, de 60-64 años con un peso relativo de 5,4%. Contrasta particularmente el tramo de AM de 85 y más años que expresa un 7,9% del total de su tramo los AM que declaran sentirse bien.

Tabla 10: Auto percepción de salud Adultos Mayores, ambos sexos 2009

Ambos Sexos	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Muy mal	14.820	8.307	9.246	9.781	8.420	7.724	58.298
Mal	47.228	48.478	37.475	34.667	27.175	20.447	215.470
Menos que regular	30.527	26.613	25.673	21.192	18.902	16.184	139.091
Regular	219.748	200.117	163.762	130.176	84.885	48.871	847.559
Más que regular	76.464	61.397	42.192	37.447	21.381	14.528	253.409
Bien	266.449	214.647	142.861	115.896	69.789	43.516	853.158
Muy bien	37.739	20.519	18.811	11.256	8.932	13.088	110.345
No sabe	2.538	2.017	1.780	940	1.016	612	8.903
Total	695.513	582.095	441.800	361.355	240.500	164.970	2.486.233

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 11: Autopercepción de Salud, Distribución del total de Adultos Mayores (año)

Ambos Sexos	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Muy mal	2,1%	1,4%	2,1%	2,7%	3,5%	4,7%	2,3%
Mal	6,8%	8,3%	8,5%	9,6%	11,3%	12,4%	8,7%
Menos que regular	4,4%	4,6%	5,8%	5,9%	7,9%	9,8%	5,6%
Regular	31,6%	34,4%	37,1%	36,0%	35,3%	29,6%	34,1%
Más que regular	11,0%	10,5%	9,6%	10,4%	8,9%	8,8%	10,2%
Bien	38,3%	36,9%	32,3%	32,1%	29,0%	26,4%	34,3%
Muy bien	5,4%	3,5%	4,3%	3,1%	3,7%	7,9%	4,4%
No sabe	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

(4) Estado Nutricional

El estado nutricional del adulto mayor obedece a la pregunta de la Encuesta CASEN 2009 que se relaciona con el estado físico, cómo son: Enflaquecido, Normal, Sobrepeso, Obeso y No sabe. En términos generales, existe mayor predominancia de un estado físico Normal que alcanza a un 69,2% del total de AM. Continúa con un grupo importante que sufre de Sobrepeso ascendiendo éste a un 17,4%. Resalta la característica Enflaquecido que alcanza a un 8,6% y finalmente, tenemos un grupo minoritario que sufre de Obesidad, este alcanza a un 1,5%. En síntesis sobre un 30% de los AM se encuentran en una categoría considerada no saludable. En el diagnóstico de género, la mujer presenta una predominancia del orden de un 56% por sobre los hombres que alcanzan a un 44%.

En su caracterización física se observa la misma distribución del análisis general, sin embargo existen diferencias relativas dentro de cada una de las características físicas. Como es el caso de la característica Normal, en donde se observa, una predominancia del hombre por sobre la mujer del orden de un 71,4% versus el 68% de la mujer. En su característica de Sobrepeso se observa una leve predominancia de la mujer por sobre los hombres, registrando una cifra del orden de un 19,6% para la mujer versus el 14,5% para el hombre.

En lo que respecta a su característica Enflaquecido en esta se observa una leve predominancia del hombre por sobre la mujer, del orden de un 9% y 8% respectivamente. Finalmente, en su característica de Obesidad presenta una preponderancia de las mujeres por sobre la de los hombres de sufrir problemas de sobrepeso, esta va en un orden de un 1,6% a 1,2% respectivamente.

En general, en relación a las características físicas las mujeres tienden a manifestar en términos relativos en mayor medida los problemas señalados que los hombres. Lo que presenta una dificultad adicional al problema general, dado que la esperanza de vida de las mujeres es superior que la de los hombres. En términos de evolución de estas características, observamos que en general de las cuatro características que se analizan en dos de ellas se manifiesta una relación inversamente proporcional a la edad del AM, esta se presentan en mayor medida en las características Sobrepeso y secundada por la Obesidad. Todos los antecedentes anteriores, pueden ser observados en los cuadros siguientes.

Tabla 12: Estado Nutricional Adulto Mayor. Ambos Sexos

Ambos Sexos	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enflaquecido	35.977	39.008	38.829	37.548	27.783	33.653	212.798
Normal	461.775	397.059	311.856	260.447	175.541	114.491	1.721.169
Sobrepeso	148.319	113.976	75.255	52.035	31.483	11.711	432.779
Obeso	13.647	9.564	6.016	4.232	1.718	1.075	36.252
No sabe	35.795	22.488	9.844	7.093	3.975	4.040	83.235
Total	695.513	582.095	441.800	361.355	240.500	164.970	2.486.233

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 13: Estado Nutricional Hombre Adulto Mayor

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enflaquecido	19.002	20.731	19.328	17.531	10.271	10.908	97.771
Normal	217.695	184.276	140.600	117.355	76.767	37.383	774.076
Sobrepeso	53.897	43.121	27.942	18.142	11.276	2.995	157.373
Obeso	5.963	3.762	1.510	1.148	532	389	13.304
No sabe	19.959	10.976	4.372	3.535	1.516	1.350	41.708
Total	316.516	262.866	193.752	157.711	100.362	53.025	1.084.232

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 14: Estado Nutricional Hombre Adulto Mayor

Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enflaquecido	16.975	18.277	19.501	20.017	17.512	22.745	115.027
Normal	244.080	212.783	171.256	143.092	98.774	77.108	947.093
Sobrepeso	94.422	70.855	47.313	33.893	20.207	8.716	275.406
Obeso	7.684	5.802	4.506	3.084	1.186	686	22.948
No sabe	15.836	11.512	5.472	3.558	2.459	2.690	41.527
Total	378.997	319.229	248.048	203.644	140.138	111.945	1.402.001

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 15: Participación del Estado Nutricional Adulto Mayor ambos sexos

Ambos Sexos	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enflaquecido	5,2%	6,7%	8,8%	10,4%	11,6%	20,4%	8,6%
Normal	66,4%	68,2%	70,6%	72,1%	73,0%	69,4%	69,2%
Sobrepeso	21,3%	19,6%	17,0%	14,4%	13,1%	7,1%	17,4%
Obeso	2,0%	1,6%	1,4%	1,2%	0,7%	0,7%	1,5%
No sabe	5,2%	3,9%	2,2%	2,0%	1,7%	2,5%	3,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 16: Participación del Estado Nutricional Adulto Mayor Hombre

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enflaquecido	6,0%	7,9%	10,0%	11,1%	10,2%	20,6%	9,0%
Normal	68,8%	70,1%	72,6%	74,4%	76,5%	70,5%	71,4%
Sobrepeso	17,0%	16,4%	14,4%	11,5%	11,2%	5,7%	14,5%
Obeso	1,9%	1,4%	0,8%	0,7%	0,5%	0,7%	1,2%
No sabe	6,3%	4,2%	2,3%	2,2%	1,5%	2,6%	3,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 17: Participación del Estado Nutricional Adulto Mayor Mujer

Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Enflaquecido	4,5%	5,7%	7,9%	9,8%	12,5%	20,3%	8,2%
Normal	64,4%	66,7%	69,0%	70,3%	70,5%	68,9%	67,6%
Sobrepeso	24,9%	22,2%	19,1%	16,6%	14,4%	7,8%	19,6%
Obeso	2,0%	1,8%	1,8%	1,5%	0,9%	0,6%	1,6%
No sabe	4,2%	3,6%	2,2%	1,8%	1,8%	2,4%	3,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

(5) Movilidad del Adulto Mayor

Las características de movilidad que presenta el AM en la encuesta CASEN se preguntan en torno a los ámbitos de su asistencia a las consultas y el auto cuidado. Se constata que del total de adultos mayores, 249.045 declaran no poder hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía. En contrapartida, 338.366 declaran si estar en condiciones. Al desagregar por sexo, evidentemente las mujeres tienden a concentrar la mayor cantidad de inhabilidad, debido principalmente a que en términos absolutos son un número considerablemente mayor, en cuanto a la habilitación para su desplazamiento, la magnitud es explicada por la misma causa. La evidencia desagregada por tramos se muestra a continuación.

Tabla 18: Adulto Mayor: Respuesta a consulta ¿puede hacer compras o ir al médico solo(a) sin ayuda o compañía?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	42.462	36.038	27.389	23.529	16.488	6.774	152.680
No	10.183	16.889	16.540	15.609	17.306	18.943	95.470
Total	52.645	52.927	43.929	39.138	33.794	25.717	248.150
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	52.892	39.161	38.524	28.085	18.790	8.234	185.686
No	15.432	19.333	17.187	24.927	33.151	43.578	153.608
Total	68.324	58.494	55.711	53.012	51.941	51.812	339.294
Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	95.354	75.199	65.913	51.614	35.278	15.008	338.366
No	25.615	36.222	33.727	40.536	50.457	62.521	249.078
Total	120.969	111.421	99.640	92.150	85.735	77.529	587.444

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

En términos generales, del total de adultos mayores un 42% no puede movilizarse autónomamente en desplazamientos cotidianos. El análisis por sexo indica que proporcionalmente las mujeres declaran mayor incapacidad en términos relativos en relación a los hombres.

Esta realidad global se puede matizar en relación a un análisis por grupos de edad: es posible visualizar que a medida que transcurre el incremento de edad, la participación de los adultos mayores que no pueden desplazarse solos al médico o de compras se ve incrementada. Desagregados por sexo, los hombres que responden afirmativamente la respuesta pasan del tramo de 60 a 64 años de 80,7% a sólo 26,3%. En cambio las mujeres, que declaran que si pueden realizar esta actividad, pasan de 77,4% en el tramo de 60-64 años a 15,9%. En el total el peso relativo de las mujeres hace que las cifras relativas empeoren para el adulto mayor en su conjunto. Ello explicado por las consideraciones señaladas precedentemente, la evidencia se presenta en la tabla a continuación.

Tabla 19: Adulto Mayor: Distribución de Respuesta a consulta ¿puede hacer compras o ir al médico solo(a) sin ayuda o compañía?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	80,7%	68,1%	62,3%	60,1%	48,8%	26,3%	61,5%
No	19,3%	31,9%	37,7%	39,9%	51,2%	73,7%	38,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	77,4%	66,9%	69,1%	53,0%	36,2%	15,9%	54,7%
No	22,6%	33,1%	30,9%	47,0%	63,8%	84,1%	45,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	78,8%	67,5%	66,2%	56,0%	41,1%	19,4%	57,6%
No	21,2%	32,5%	33,8%	44,0%	58,9%	80,6%	42,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

En relación al auto cuidado de los adultos mayores, la encuesta CASEN interroga y estima sobre si el encuestado ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)? Las respuestas indican que en el total, esta práctica es positiva para un total de 162.429 adultos mayores, en contrapartida 96.196 personas no contarían con la condición que satisfaga este requerimiento. En el caso de las mujeres la magnitud supera a la de los hombres para cada categoría, dado que en este tramo atareo superan a los primeros, la evidencia de lo señalado se presenta en la tabla siguiente.

Tabla 20: Adultos Mayores: Respuesta a Consulta: ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	6.932	8.772	12.275	10.424	11.068	9.238	58.709
No	3.615	8.699	4.972	5.893	7.351	10.013	40.543
Total	10.547	17.471	17.247	16.317	18.419	19.251	99.252
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	13.006	17.138	11.640	16.588	22.719	22.629	103.720
No	3.561	2.906	6.063	9.058	11.950	22.115	55.653
Total	16.567	20.044	17.703	25.646	34.669	44.744	159.373
Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	19.938	25.910	23.915	27.012	33.787	31.867	162.429
No	7.176	11.605	11.035	14.951	19.301	32.128	96.196
Total	27.114	37.515	34.950	41.963	53.088	63.995	258.625

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

En términos relativos, desagregados por sexo la mujer presenta un mayor auto cuidado que el hombre, alcanzando este un 65% versus 59% del hombre. Se observa además, que en general la evolución presenta una relación inversamente proporcional en medida que el grupo atareo se incrementa. Sin embargo, esta relación se observa tanto en aquellos que presentan un auto cuidado cómo en aquellos que no lo presentan en los primeros años de nuestra adultez.

Tabla 21: Adultos Mayores: Distribución de la Respuesta a Consulta: ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	66%	50%	71%	64%	60%	48%	59%
No	34%	50%	29%	36%	40%	52%	41%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	79%	86%	66%	65%	66%	51%	65%
No	21%	14%	34%	35%	34%	49%	35%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	74%	69%	68%	64%	64%	50%	63%
No	26%	31%	32%	36%	36%	50%	37%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Respecto al grado de libertad o independencia que alcanzan nuestros AM en su hogar. La caracterización señala un universo que alcanza a 258 mil AM existiendo una mayor participación de las mujeres, que va en el orden de un 62% versus la del hombre que alcanza a un 38%. El nivel de libertad en general alcanza a un aceptable 73% versus un 27% que se encuentra postrado, la relación que presenta esta característica en sus dos respuesta es directamente proporcional a su grupo atareo.

En término de género, se observa que el grado de libertad se hace más patente en el caso de la mujer, es decir, goza de un nivel de libertad mayor que el hombre. Tal como se observa en el cuadro adjunto, la mujer alcanza un grado de libertad de 76% versus el 70% del hombre.

Tabla 22: Adultos Mayores: Respuesta a Consulta: ¿Puede moverse / desplazarse solo(a) dentro de la casa?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	7.693	10.606	13.338	13.021	13.184	11.182	69.024
No	2.854	6.865	3.909	3.296	5.235	8.069	30.228
Total	10.547	17.471	17.247	16.317	18.419	19.251	99.252
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	13.721	17.432	13.572	19.559	27.314	29.212	120.810
No	2.846	2.612	4.131	6.087	7.355	15.532	38.563
Total	16.567	20.044	17.703	25.646	34.669	44.744	159.373
Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	21.414	28.038	26.910	32.580	40.498	40.394	189.834
No	5.700	9.477	8.040	9.383	12.590	23.601	68.791
Total	27.114	37.515	34.950	41.963	53.088	63.995	258.625

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 23: Distribución de AM que responden: ¿Puede moverse / desplazarse solo(a) dentro de la casa?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	73%	61%	77%	80%	72%	58%	70%
No	27%	39%	23%	20%	28%	42%	30%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	83%	87%	77%	76%	79%	65%	76%
No	17%	13%	23%	24%	21%	35%	24%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	79%	75%	77%	78%	76%	63%	73%
No	21%	25%	23%	22%	24%	37%	27%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Frente a la consulta de control de esfínter, existe un 74% del universo analizado que posee control de su esfínter. En términos de género, la consulta bajo análisis se presenta homogénea. Sin embargo, existe un mayor predominio de dicho control de parte de las mujeres, este control alcanza en términos relativos a un 77% versus el 70% en los hombres.

Esta respuesta presenta una relación directamente proporcional a los grupos atareo, es decir, que para los que tienen control del esfínter, la cifra disminuye con el avance de la edad de nuestros AM, lo mismo ocurre con aquellos que no tienen control de esfínter en su inicio, incrementándose esta patología con el avance de la edad del AM.

Tabla 24: Adultos Mayores que declaran frente a la consulta: ¿Puede controlar completamente su esfínter?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	7.777	10.422	13.437	13.143	12.797	11.610	69.186
No	2.770	7.049	3.810	3.174	5.622	7.641	30.066
Total	10.547	17.471	17.247	16.317	18.419	19.251	99.252
Mujer							
Sí	13.714	18.024	13.230	19.582	25.986	31.461	121.997
No	2.853	2.020	4.473	6.064	8.683	13.283	37.376
Total	16.567	20.044	17.703	25.646	34.669	44.744	159.373
Total							
Sí	21.491	28.446	26.667	32.725	38.783	43.071	191.183
No	5.623	9.069	8.283	9.238	14.305	20.924	67.442
Total	27.114	37.515	34.950	41.963	53.088	63.995	258.625

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Tabla 25: Distribución de la respuesta de Adultos Mayores que declaran frente a la consulta: ¿Puede controlar completamente su esfínter?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí	73,7%	59,7%	77,9%	80,5%	69,5%	60,3%	69,7%
No	26,3%	40,3%	22,1%	19,5%	30,5%	39,7%	30,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mujer							
Sí	82,8%	89,9%	74,7%	76,4%	75,0%	70,3%	76,5%
No	17,2%	10,1%	25,3%	23,6%	25,0%	29,7%	23,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total							
Sí	79,3%	75,8%	76,3%	78,0%	73,1%	67,3%	73,9%
No	20,7%	24,2%	23,7%	22,0%	26,9%	32,7%	26,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

(6) Alimentos de personas Adulto Mayor bajo control en sistema público

En lo que respecta de la responsabilidad en el retiro de alimento de los consultorios, se observa en general que los AM no presentan la cultura del retiro de los Alimentos desde estos centros de atención. Se observa un 71,2% no recurre a los consultorios.

Respecto a las otras características que considera cómo son: Sí, Bebida Láctea Años Dorados, Sí, Crema Años Dorados y Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados. Se presenta un mayor interés en el retiro de Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados que alcanza a un 17,3%, luego se prioriza el retiro de Bebida Láctea Años Dorados que alcanza a un 4,9% y finalmente se ubica el retiro de Crema Años Dorados con un 2,6%. En términos de género, se mantiene la distribución general sobre el retiro de los productos indicado de los consultorios. Sin embargo, esta característica se hace más evidente en el AM hombre que en el caso de la mujer, las cifras alcanzan a un 73,7% y a un 69,3% respectivamente.

Respecto a la evolución de estas características en base a la edad del AM, se observa que el No retiro de estos productos de los consultorios se atenúa fuertemente con el incremento de la edad de los AM. Se observa en el cuadro que en el grupo etario de los 60-64 años el No retiro de dichos productos alcanza a un 91,2% disminuyendo este en el grupo etario de 85 y más años a un 52,8%. Para mayores antecedentes sobre estas características se adjunta los cuadros en los términos absolutos y relativos.

Tabla 26: ¿En los últimos 3 meses retiró alimentos del consultorio?

Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 más y	Total
Sí, Bebida Láctea Años Dorados	2.967	2.880	14.464	13.870	8.871	4.843	47.895
Sí, Crema Años Dorados	1.294	1.866	5.291	6.864	5.453	1.263	22.031
Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados	3.684	9.138	50.717	53.986	34.872	17.318	169.715
No retiró alimento	291.776	236.311	116.768	78.695	48.302	27.790	799.642
No sabe / No recuerda	16.795	12.671	6.512	4.296	2.864	1.811	44.949
Total	316.516	262.866	193.752	157.711	100.362	53.025	1.084.232
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 más y	Total
Sí, Bebida Láctea Años Dorados	4.377	6.577	21.421	19.377	12.753	9.805	74.310
Sí, Crema Años Dorados	3.358	6.035	11.266	10.137	6.413	5.486	42.695
Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados	10.051	17.221	78.642	72.426	47.569	35.231	261.140
No retiró alimento	342.733	274.361	130.886	94.375	69.336	59.353	971.044
No sabe / No recuerda	18.478	15.035	5.833	7.329	4.067	2.070	52.812
Total	378.997	319.229	248.048	203.644	140.138	111.945	1.402.001
Ambos Sexos	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 más y	Total
Sí, Bebida Láctea Años Dorados	7.344	9.457	35.885	33.247	21.624	14.648	122.205
Sí, Crema Años Dorados	4.652	7.901	16.557	17.001	11.866	6.749	64.726
Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados	13.735	26.359	129.359	126.412	82.441	52.549	430.855

No retiró alimento	634.509	510.672	247.654	173.070	117.638	87.143	1.770.686
No sabe / No recuerda	35.273	27.706	12.345	11.625	6.931	3.881	97.761
Total	695.513	582.095	441.800	361.355	240.500	164.970	2.486.233
Hombre	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí, Bebida Láctea Años Dorados	0,94%	1,10%	7,47%	8,79%	8,84%	9,13%	4,42%
Sí, Crema Años Dorados	0,41%	0,71%	2,73%	4,35%	5,43%	2,38%	2,03%
Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados	1,16%	3,48%	26,18%	34,23%	34,75%	32,66%	15,65%
No retiró alimento	92,18%	89,90%	60,27%	49,90%	48,13%	52,41%	73,75%
No sabe / No recuerda	5,31%	4,82%	3,36%	2,72%	2,85%	3,42%	4,15%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí, Bebida Láctea Años Dorados	1,15%	2,06%	8,64%	9,52%	9,10%	8,76%	5,30%
Sí, Crema Años Dorados	0,89%	1,89%	4,54%	4,98%	4,58%	4,90%	3,05%
Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados	2,65%	5,39%	31,70%	35,57%	33,94%	31,47%	18,63%
No retiró alimento	90,43%	85,94%	52,77%	46,34%	49,48%	53,02%	69,26%
No sabe / No recuerda	4,88%	4,71%	2,35%	3,60%	2,90%	1,85%	3,77%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Mujer	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí, Bebida Láctea Años Dorados	1,15%	2,06%	8,64%	9,52%	9,10%	8,76%	5,30%
Sí, Crema Años Dorados	0,89%	1,89%	4,54%	4,98%	4,58%	4,90%	3,05%
Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados	2,65%	5,39%	31,70%	35,57%	33,94%	31,47%	18,63%
No retiró alimento	90,43%	85,94%	52,77%	46,34%	49,48%	53,02%	69,26%
No sabe / No recuerda	4,88%	4,71%	2,35%	3,60%	2,90%	1,85%	3,77%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Ambos Sexos	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	Total
Sí, Bebida Láctea Años Dorados	1,06%	1,62%	8,12%	9,20%	8,99%	8,88%	4,92%
Sí, Crema Años Dorados	0,67%	1,36%	3,75%	4,70%	4,93%	4,09%	2,60%
Sí, Bebida Láctea Años Dorados y Crema Años Dorados	1,97%	4,53%	29,28%	34,98%	34,28%	31,85%	17,33%
No retiró alimento	91,23%	87,73%	56,06%	47,89%	48,91%	52,82%	71,22%
No sabe / No recuerda	5,07%	4,76%	2,79%	3,22%	2,88%	2,35%	3,93%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

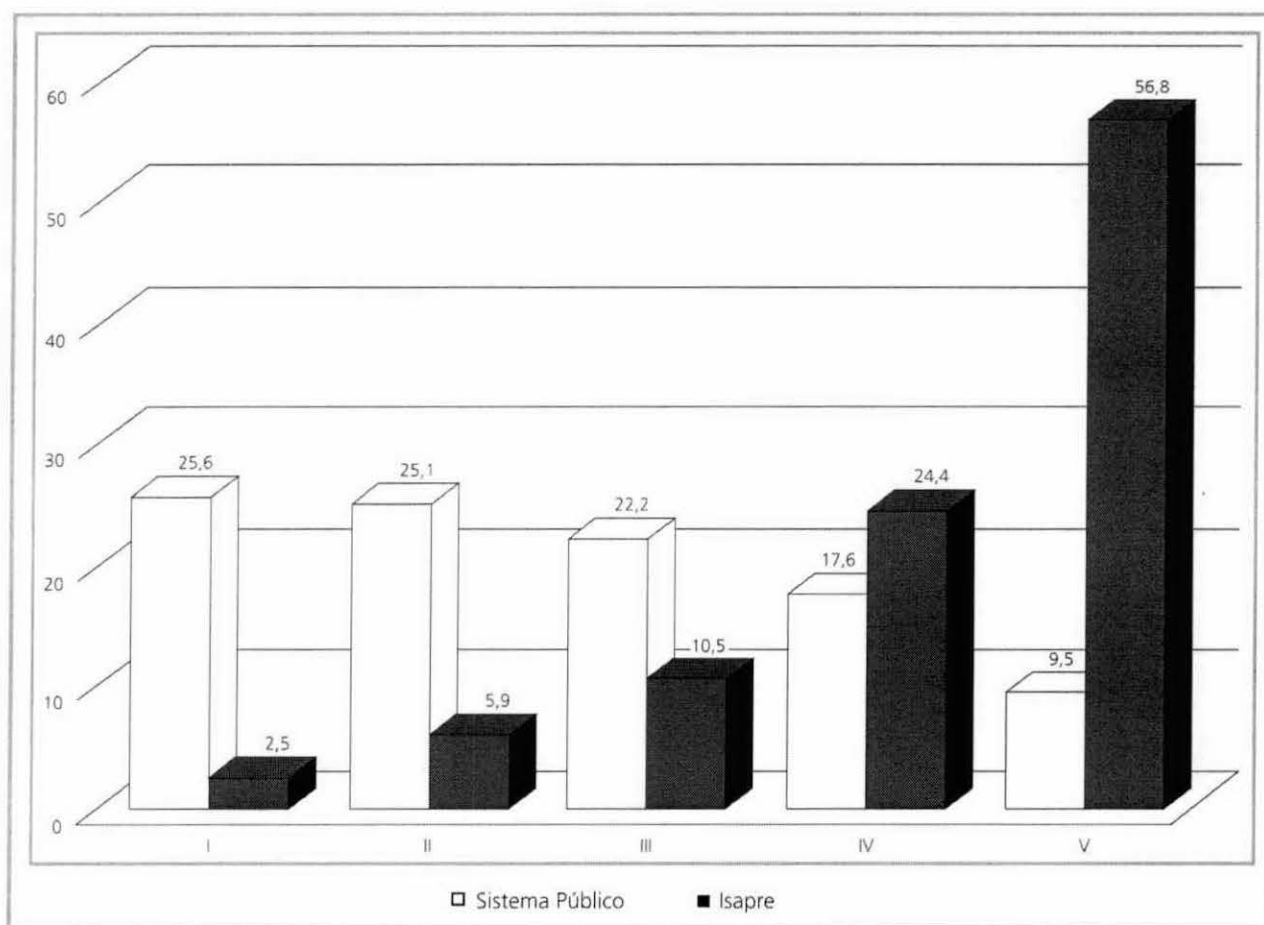
Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

(7) Algunas distribuciones según ingreso en la CASEN

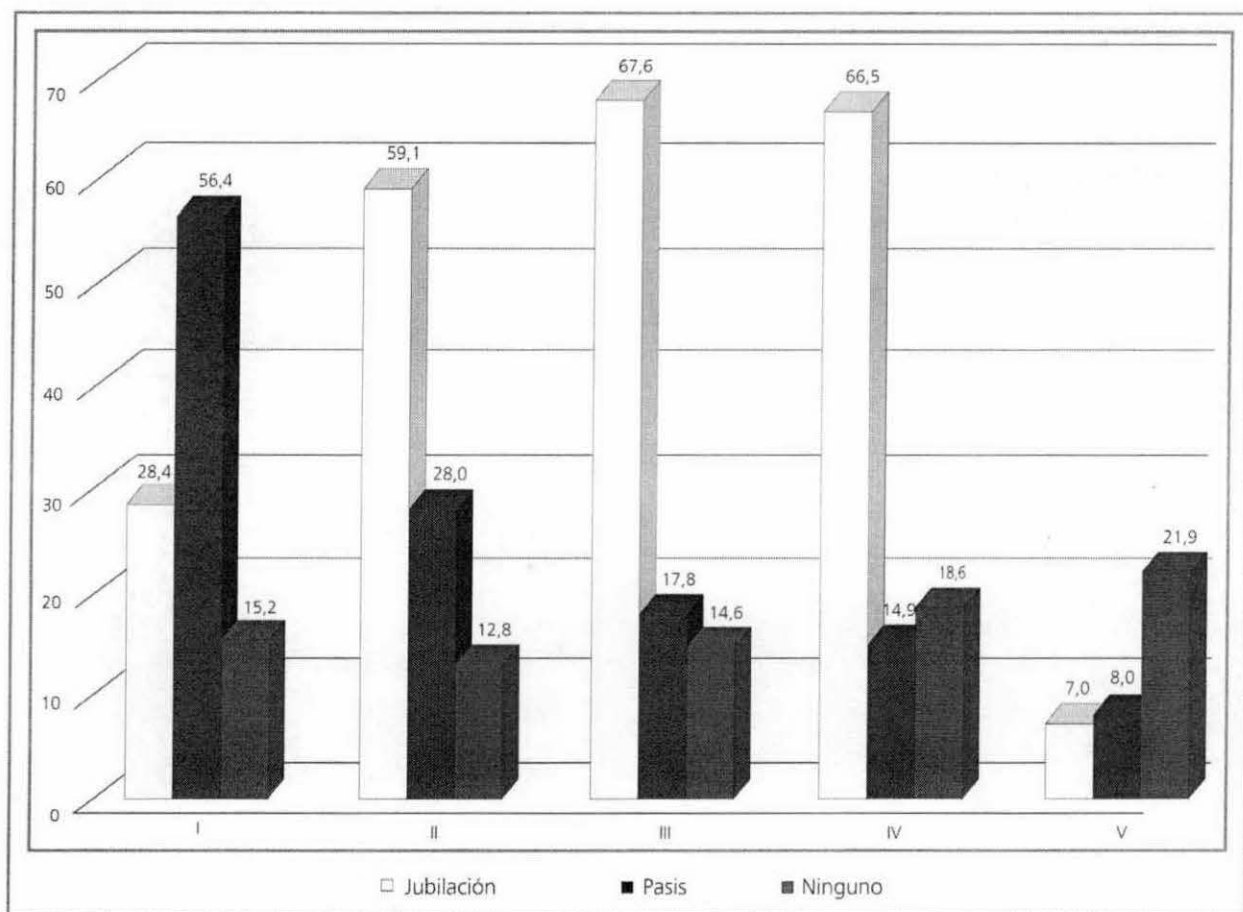
Como se ha señalado, según datos de Casen 2009, prácticamente el 90% de las personas mayores en Chile se encuentra en el sistema público de salud. Este alto porcentaje se explica, en parte, por los beneficios que las personas mayores tienen a partir de la gratuidad en la atención, del AUGE y por el alto costo que tiene el sistema privado de salud para las personas mayores.

Aproximadamente el 75% de los adultos mayores que están en el FONASA pertenecen en forma más o menos equivalente a los primeros tres primeros quintiles de ingresos del país. En cambio casi la misma proporción de los adultos mayores de Isapres se encuentran clasificados en los dos quintiles de mayores ingresos nacionales.

Gráfico 10: Distribución por Quintiles de la población Adulto Mayor, por sistema de Salud.



Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

Gráfico 11: Distribución de la población mayor de 65 años por quintil de ingreso, según situación previsional, 2009

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

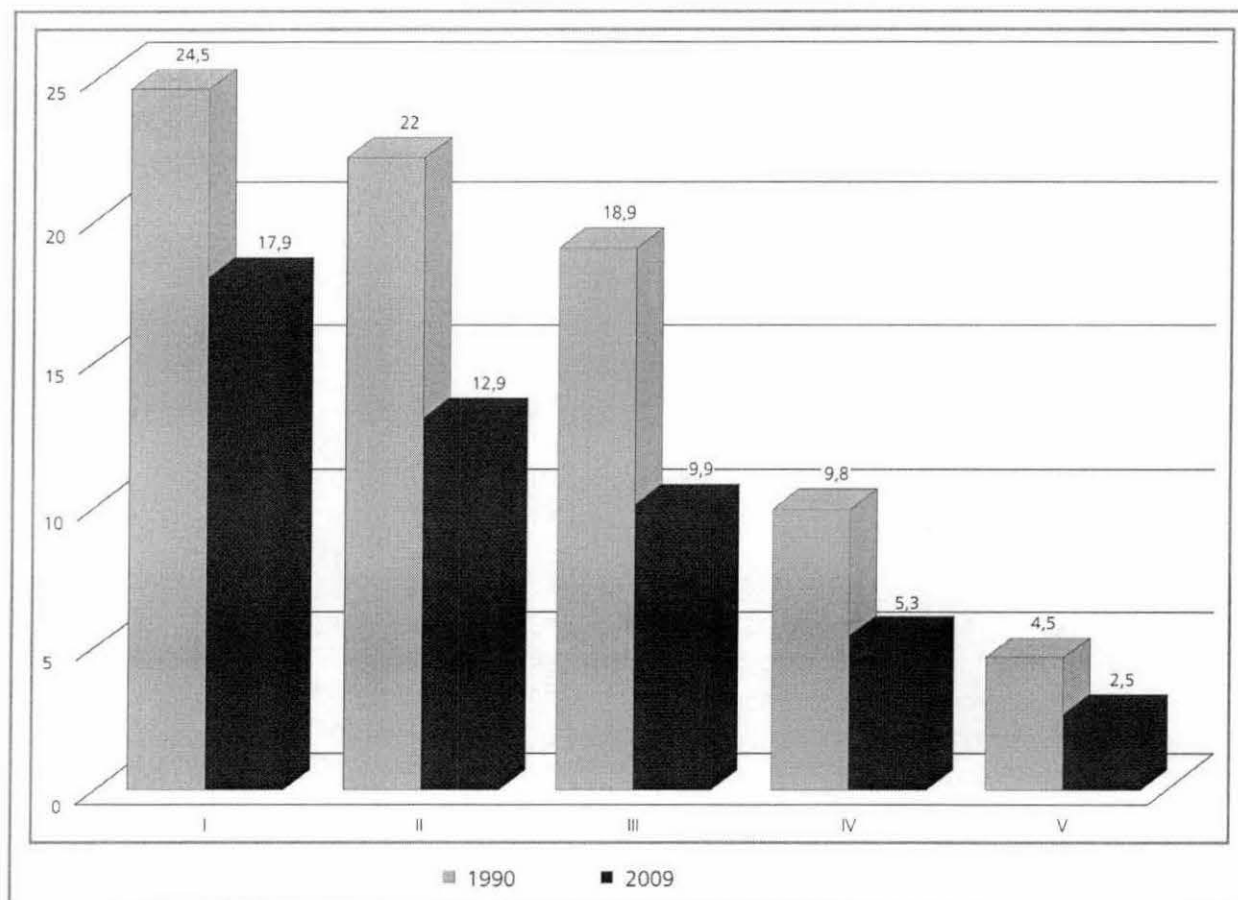
Nota: Jubilación incluye a quienes reciben sólo Jubilación, Jubilación más APS y Jubilación, PISIS/PBS y APS.

PISIS/PBS: Se incluye a quienes recibe sólo PISIS/PBS, sólo APS, Jubilación más PISIS/PBS y PISIS/PBS más APS.

Tanto los datos de la Encuesta CASEN como otras encuestas, dan cuenta de un claro mejoramiento del nivel educativo de los adultos mayores chilenos en los últimos años.

Es así, que los datos entregado por la Casen 2009 sobre los AM sin educación formal y distribuida por quintiles de ingresos, indican por un lado que la formalización de la educación en los adultos mayores se ha visto fuertemente mejorada y esta participación ha aumentado en todos sus quintiles en el orden de un 50%, con excepción del primer quintil que sólo ha visto una mejora del orden de un 27%. También es posible comprobar una disminución sustancial de la brecha existente entre el I y V quintil, en el 2009. Esto, en comparación al año 1990 cuando la relación era de un 18,4 versus el año 2009, que marcó un 13,9.

Gráfico 12: Población adulto mayor sin educación formal por Quintil de ingreso 1990-2009 (porcentaje)



Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta CASEN-MIDEPLAN.

A.2 Enfermedad y Dependencia

Las discapacidades o impedimentos significan depender, en gran parte de los casos, de cuidados o asistencia de terceros, ya sean personas o instituciones. Estas contingencias pueden impactar no solo la calidad de vida sino que, particularmente, en la capacidad financiera de las personas para afrontarlas y su riesgo aumenta en la medida que la población envejece. El problema es muy importante a nivel poblacional, por ejemplo, en Estados Unidos una de cada diez personas entre 16 y 64 años de edad sufre de algún tipo de impedimento ya sea emocional, físico o mental. Pueden ser discapacidades visibles, como parálisis, u otras no tan palpables, como deficiencias de aprendizaje y retrasos de desarrollo, o impedimentos físicos y mentales derivados de accidentes o de enfermedades degenerativas como Parkinson o Alzheimer.

A.2.1 Epidemiología de la dependencia

El acelerado crecimiento de la población mayor tensionará cada día más los sistemas de salud y de protección social. Las personas mayores se enferman más y sus enfermedades son más prolongadas, pues principalmente corresponden a enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los problemas osteoarticulares, el EPOC, la enfermedad coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la depresión y el deterioro cognitivo.

En países como Chile, un 80% de las muertes en este grupo etario se producen por causas crónico-degenerativas. Por otro lado, no sólo las enfermedades son relevantes sino también el nivel de funcionalidad, que se expresa en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria en forma autónoma, como por ejemplo caminar, alimentarse, vestirse, mantener el aseo personal, manejo de dinero, etc. Asimismo, debe considerarse que el nivel de salud no sólo depende de la provisión de servicios de salud, sino también con los hábitos de vida relativos a alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, entre otros determinantes de la salud.

Es en ese contexto que hacerse cargo del envejecimiento de la población debe considerar políticas globales, que incluyan salud, trabajo, pensiones, apoyo a la familia, disposición de servicios de cuidado, etc.

A.2.2 Factores de riesgo y problemas de salud

Es en el mencionado contexto del envejecimiento de la población y las condiciones sociales y culturales asociadas al proceso en nuestro país que organismos gubernamentales como el MINSAL y el MIDEPLAN han delegado en varios grupos trabajo la realización de encuestas para determinar la salud de la población. Una de ellas es la Encuesta Nacional de Salud 2009 - 2010, ENS 2009 - 2010, la segunda encuesta de este tipo que se realiza en Chile por el Depto de Salud Pública de la PUC, para el Ministerio de Salud.

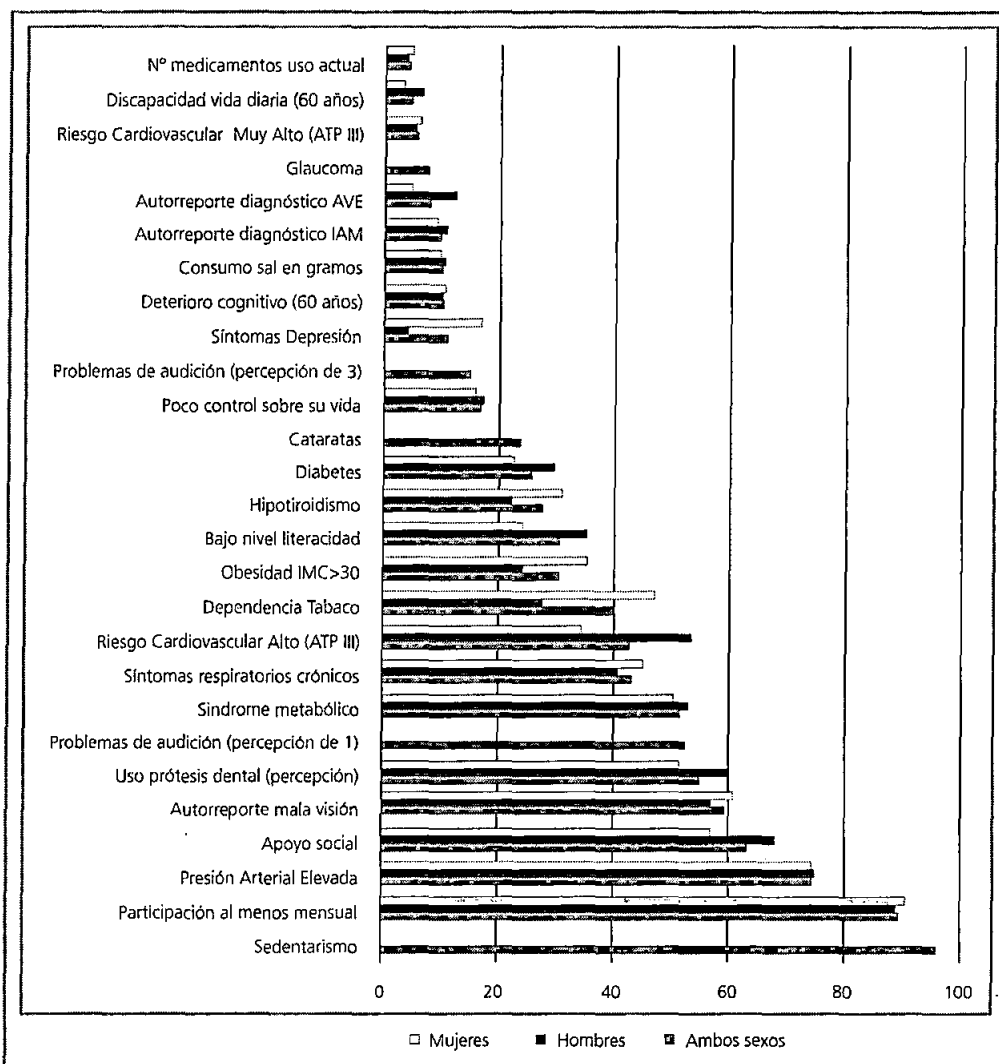
Dada las características metodológicas con la que se realiza esta encuesta, ha permitido obtener representatividad tanto a nivel nacional como regional de las afecciones en salud que contempla. Sin duda esta es la mayor encuesta que se ha realizado hasta la fecha dada sus particulares de complejidad en las preguntas de la propia encuesta, como de otras mediciones que realizadas a nivel antropométrico y biológico. Sus resultados sin lugar a dudas servirán para la formulación de las nuevas políticas en salud de la próxima década de nuestro país. Es por esto que hemos querido presentar información relevante que advierte el menoscabo en salud de la población más añosa del país, representada por los mayores de 65 años desde un paradigma biopsicosocial, que sumado al rápido cambio demográfico experimentado justifica una acción prioritaria en salud que aborde sus principales problemas de salud detectados.

Debe considerarse que en el diseño muestral de esta encuesta se estratificaron 4 grupos de edad, entre los que se encuentra el grupo de mayores de 65 años, si bien para algunos problemas de salud de mayor prevalencia en la población mayor (como el deterioro cognitivo) se consideraron adultos mayores de 60 años.

La ENS 2009-2010 recabó datos sobre la prevalencia de diferentes problemas de salud y factores de riesgo, pero a diferencia de su precedente, la ENS 2003, incluyó también un módulo anexo de Discapacidad, en el que se utilizó el instrumento de la OMS Health State 2002-2003, de 18 preguntas que exploraban 8 dominios de funcionalidad, cuyos resultados se presentan en el apartado de Discapacidad.

A continuación, se muestra un gráfico de las tasas de prevalencia por edad y sexo de los problemas de salud que muestra la ENS2009-2010, que resume los resultados de la encuesta en la población adulta mayor presentando factores de riesgo de morbilidad y discapacidad, y además, de morbilidad en este grupo etario. Luego se discuten los principales hallazgos de esta encuesta en la población de adultos mayores.

Gráfico 13: Tasas de prevalencia de problemas de salud en población adulto mayor



Fuente: Elaboración propia. Datos ENS 2009-2010.

Del análisis de los datos entregados por la encuesta destaca lo siguiente:

- El sedentarismo alcanza un 96,1% de la población mayor, tasa aún mayor que el 95% de la ENS2003, con un aumento gradual conforme se aumenta en rango etario y con un aumento significativo entre los mayores de 65 años, respecto al tramo entre 25 y 44 años (90,5%).
- La prevalencia de riesgo cardiovascular alto aumenta según la edad, con significancia estadística a partir de los 45 años, siendo en ambos casos una prevalencia mayor en los hombres (26,4% vs 13,8% y 53,8% vs 34,7%). La misma tendencia se observa respecto a la prevalencia de riesgo cardiovascular muy alto.
- La tamización positiva de presión arterial elevada presenta una gradiente creciente significativa desde el grupo más joven (2,6%) hasta el grupo de mayores de 65 años, en el cual alcanza una prevalencia de 74,6%. Debe considerarse que esta cifra no considera el diagnóstico confirmatorio de hipertensión; por otro lado, es menor que el 78,8% registrada el 2003. Sin embargo, las cohortes de cada encuesta presentan diferencias metodológicas que no las hacen comparables como recalca el grupo de trabajo.
- El síndrome metabólico aumenta con la edad en ambos sexos, alcanzando un 51,6% entre los mayores de 65 años (48% el 2003), sin diferencias significativas entre ambos sexos en este grupo (53,0% vs 50,7%).
- La obesidad (IMC mayor o igual a 30) asciende con el grupo etario. La prevalencia de obesidad en mujeres es mayor que en hombres, alcanzando el 30,7% y 19,2%, respectivamente, siendo estadísticamente significativa. En el caso de obesidad mórbida, un 2,33% de los chilenos la padece, lo que tiende a incrementarse con la edad, con un 0,66% entre los 15 y 24 años y un 4,29% en los mayores de 65 años. La obesidad en este grupo por IMC el 2003 fue de 29%.
- Los síntomas respiratorios crónicos aumentan en prevalencia junto al aumento del tramo de edad, con diferencias significativas en los extremos (43,4% vs 15,7%, mayores de 65 años y menores de 24 años).
- La prevalencia de diabetes alcanza un 25,8% en adultos mayores de 65 años, mientras que la nacional fue de 9,4%, considerando una previa de 15% en la ENS 2003 para este grupo. Para estos fines se utiliza una definición de diabetes como glicemia en ayunos mayor o igual a 126 mg/dl, como también el auto reporte de diabetes (excluido en el embarazo).
- La prevalencia de alto grado de dependencia al tabaco (considerado como aquellas personas que dejan transcurrir menos de una hora antes de fumar su primer cigarrillo en el día) muestra una tendencia al aumento en conjunto a la edad con la más alta prevalencia entre las mujeres mayores de 65 años (47,1%), alcanzando un 40% global en este grupo etario.
- Un 3,2% de los adultos encuestados reportó que un médico alguna vez le había diagnosticado un infarto al corazón. Esta prevalencia se torna creciente con la edad alcanzando un 9,9% en los mayores de 65 años (10,8% y 9,2%, entre hombres y mujeres respectivamente (con un promedio de su primer diagnóstico ocurrido a los 50 años).
- En autoreporte de accidente vascular encefálico, observamos que un 2,2% de los adultos mayores

de 15 años lo presentan, alcanzando un máximo de 8% entre los mayores de 65 años (12,6% en los hombres mayores de 65 años).

- El autoreporte de mala visión muestra diferencias en el análisis por grupos de edad, aumentando de 28,4% en el grupo de 17 a 24 años a 34,8% en el grupo de 25 a 44 años, significativamente a un 58,6% en el grupo de 45 a 64 años y manteniéndose luego casi sin cambio en el grupo de 65 o más años, con 59,3% constituyendo su más alta prevalencia en este grupo. En el caso de autoreporte de cataratas, observamos un aumento de su prevalencia en conjunto al aumento del rango etario, esta va desde un 0,2% entre los 15 a 24 años, hasta un 23,9% en el tramo mayor de 65 años. Lo mismo se observa con el autoreporte de glaucoma, sin embargo debido a su baja prevalencia, existe mucha variabilidad en sus estimación.
- La prevalencia de síntomas depresivos en el último año, por grupo de edad y sexo, no es homogénea, presentando siempre las mujeres mayor prevalencia. Se observa además una prevalencia no menor de 11,2% en los mayores de 65 años.
- La prevalencia de hipotiroidismo aumenta con la edad y alcanza su mayor prevalencia en el grupo mayor de 65 años (27,6% global en este grupo).
- La polifarmacia alcanza sus máximas cifras en adultos mayores, lo que se explica probablemente por la mayor prevalencia de patologías crónicas. Destaca una gradiente creciente conforme al grupo etario que va desde 1,42 en menores de 25 años hasta 4,17 en mayores de 65 años, con promedios nacionales de 2,59 y 2,69 en hombres y mujeres respectivamente.
- La percepción de presentar al menos un problema de audición muestra diferencias significativas por edad, aumentando de 29,2% en el grupo de 15 a 24 años hasta 52,4% en el grupo de 65 o más años, con un riesgo significativamente mayor en este grupo etario respecto a los menores de 25 años.
- La necesidad de uso de prótesis dental muestra su cifra más alta hasta un 55,3% en el grupo de 65 y más años, significativamente diferente del resto de los grupos.
- Para medición de deterioro cognitivo, entre los mayores de 60 años el 10,4% no cumple con el puntaje mínimo de la escala MMSE (13 puntos); la prevalencia aumenta con cada tramo de edad (20,9% entre los mayores de 80 años)
- La discapacidad medida mediante la escala Pfeffer > a 6 puntos, presenta una prevalencia de 4,5% en los mayores de 60 años (I. C. 95%: 2,7% - 7,3). Existe una gradiente por edad en ambos sexos, alcanzando un 16% en el grupo > de 80 años.

Como conclusión de este análisis podemos afirmar que al observar la información presentada es posible verificar la clara tendencia al aumento de las prevalencias de los principales problemas de salud presentes en la población chilena conforme aumenta la edad del grupo examinado, especialmente de las llamadas enfermedades crónicas. Además es posible advertir que los grupos de 65 años y más presentan elevados niveles de autopercepción de restricción de su autovalencia. Podemos de esta forma concluir que este grupo de edad es un grupo altamente vulnerable desde la perspectiva sanitaria haciendo necesario enfocarse en ellos en acciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción social. De esta manera podemos

beneficiar directamente a este grupo de personas, e indirectamente a todo el país con la implementación de un seguro social que se haga cargo de la dependencia en la vejez.

(1) Morbilidad del adulto mayor

A continuación se detallan los principales aspectos de la atención de salud ambulatoria y hospitalaria que arrojan una perspectiva de la necesidad en salud del adulto mayor. Cabe recalcar que, además del cambio demográfico, se verifica en Chile un cambio epidemiológico en el cual hace 50 años predominaban las enfermedades infecciosas en menores de 15 años, mientras ahora predominan las enfermedades crónicas, degenerativas, accidentes y tumores malignos, que globalmente afectan mayormente a la población adulta mayor.

(2) Atención ambulatoria. Análisis de demanda de atención

Las estadísticas del DEIS MINSAL permiten obtener información respecto de las tasas de utilización global de atención médica ambulatoria según el nivel de atención, ya sea en APS, atención de especialidades o atención de urgencia, si bien no existen detalles de diagnósticos específicos.

En la tabla que sigue se pueden observar los tres niveles de atención de los Servicios Nacionales de Salud y la evolución que han presentado de su demanda desde el año 2001 hasta los datos más actuales disponibles del 2007. Para el año 2007 se verificaron 16.750.359 consultas de atención primaria, 6.678.390 consultas de especialidades y 15.883.195 consultas de urgencia en la población total, de las cuales la población de adultos mayores representó un 19%, un 21% y un 9%, respectivamente, de esa demanda.

Tabla 27: Consultas médicas por niveles de atención

Tabla: Consultas médicas por niveles de atención. Chile 2001 - 2007.								
Nivel	Grupo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
APS	Total	16.099.845	16.540.532	17.193.393	17.789.737	17.598.361	17.295.711	16.750.359
	Mayores 65	2.376.137	2.386.749	2.596.704	2.738.062	2.925.050	3.095.695	3.113.074
	Porcentaje	15	14	15	15	17	18	19
Especialidad	Total	6.155.148	6.481.642	6.703.620	6.738.395	6.835.167	6.660.240	6.678.390
	Mayores 65	997.161	6.481.642	6.703.620	6.738.395	6.835.167	6.660.240	6.678.390
	Porcentaje	997.161	1.113.737	1.188.136	1.200.440	1.266.046	1.340.381	1.384.893
Urgencia	Total	16	17	18	18	19	20	21
	Mayores 65	12.435.040	12.745.450	13.002.719	13.561.542	14.059.498	15.091.448	15.883.195
	Porcentaje	7	8	8	9	9	9	9
Total	27.114	37.515	34.950	41.963	53.088	63.995	258.625	

Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS-MINSAL.

De la observación de la tabla se desprende que la mayor demanda de consultas en el adulto mayor se concentra en el sector de especialidades, si bien el porcentaje que representa del total es similar al de APS. Por otra parte, si bien el porcentaje de adultos mayores que constituyen la demanda de atención en cada uno de los niveles tiende a mantenerse constante, se verifica un aumento de un 1% cada año en el quinquenio 2003-2007, tanto para APS como para especialidades.

En cuanto al crecimiento de las consultas, a todos los niveles las consultas de adultos mayores crecen más

que el promedio anual nacional. La demanda por consultas de APS y Especialidades en la población mayor de 65 años crece a más del doble del promedio nacional; por otro lado, mientras en estos sectores el crecimiento fue menor con respecto al año anterior en el último trienio, el crecimiento se mantuvo relativamente estable en el sector de adultos mayores. En Urgencias, si bien el crecimiento es más sostenido, sigue siendo mayor en el grupo de mayores de 65 años.

Tabla 28: Crecimiento de las consultas

Tabla: Crecimiento porcentual de las consultas. Chile 2001 - 2007							
Nivel	Grupo	2001 - 2002	2002 - 2003	2003 - 2004	2004 - 2005	2006 - 2007	Promedio
APS	Total	2,47	3,95	3,47	-1,08	-1,72	1,47
	Mayores 65	0,45	8,80	5,44	6,83	5,83	5,47
Especialidad	Total	5,30	3,42	0,52	1,44	-2,56	1,62
	Mayores 65	11,69	6,68	1,04	5,47	5,87	6,15
Urgencia	Total	2,50	2,02	4,30	3,67	7,34	3,96
	Mayores 65	9,52	6,03	6,86	6,14	7,80	7,27

Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS-MINSAL.

Respecto de las tasas de consulta en el grupo de adultos mayores (demanda de consultas en mayores de 65 años/población mayores de 65 años), utilizando como referencia la población INE para cada año, como se observa en la siguiente tabla, existe una tendencia al aumento en todas las especialidades. Para el año 2001 se verificaban 2,08, 0,87 y 0,82 consultas por persona mayor en el año para APS, Especialidades y Urgencia, respectivamente; mientras que para el año 2007 dichas cifras crecieron a 2,24, 1 y 1,04 consultas por persona mayor en el año.

Tabla 29: Tasa de consulta en población adulta mayor

Tabla: Tasas de consulta en población mayores de 65 años. Chile 2001 - 2007							
Nivel	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
APS	2,08	2,03	2,14	2,19	2,27	2,31	2,24
Especialidad	0,87	0,95	0,98	0,96	0,98	1,00	1,00
Urgencia	0,82	0,87	0,89	0,92	0,95	0,99	1,04

Fuente: Elaboración propia, de acuerdo a base de datos DEIS-MINSAL y población referencia INE.

En conclusión, existe un aumento de la demanda de atención ambulatoria a todos los niveles del SNSS por parte de la población mayor, y esta demanda, a diferencia de la demanda de la población general, tiende a crecer a un ritmo mayor y más constante.

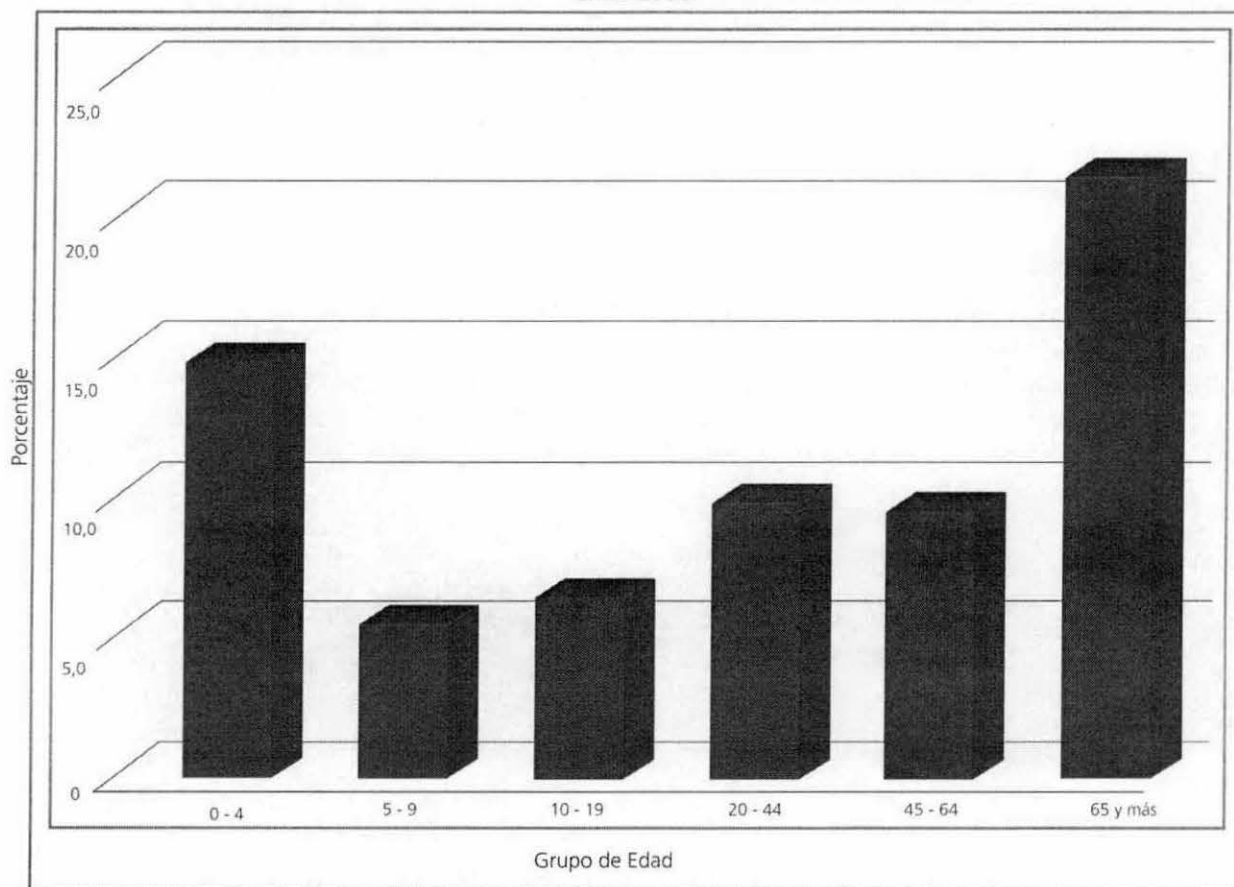
(3) Atención hospitalaria: Análisis de egresos

Es notorio que los adultos mayores presentan tasas de hospitalización mayores que el resto de la población pues tienen tasas de prevalencia mayores que el resto tanto para enfermedades crónicas no transmisibles como para exacerbaciones de dichas enfermedades y episodios agudos de enfermedades. Asimismo presentan mayor prevalencia de accidentes que la población general.

Teniendo como referencia los datos MINSAL-DEIS, cuya base más actualizada para egresos hospitalarios corresponde a la del 2008, como se observa en el siguiente gráfico, la incidencia de hospitalización en el año 2008 (número de egresos hospitalarios por grupo etario/población referencia por grupo etario) en el grupo de adultos mayores de 65 años es más del doble del resto de los grupos etarios, a excepción del grupo de menores de 5 años (14,2%), alcanzando un 20,8%. A su vez, considerando la población general referencia para el año, esta incidencia de hospitalización es 2,17 veces la de la población general, que muestra una incidencia de 9,6%.

Gráfico 14: Hospitalizaciones según edad

Incidencia de hospitalización según grupos de Edad.
Chile 2008.



Fuente: Elaboración propia, datos DEIS-MINSAL 2008 y población referencia INE.

Por otra parte, durante el año 2008 se registraron 1.680.540 egresos hospitalarios, de los cuales un 18,6% correspondieron a adultos mayores de 65 años. De esta cohorte, un 48% correspondió a hombres y un 52% a mujeres.

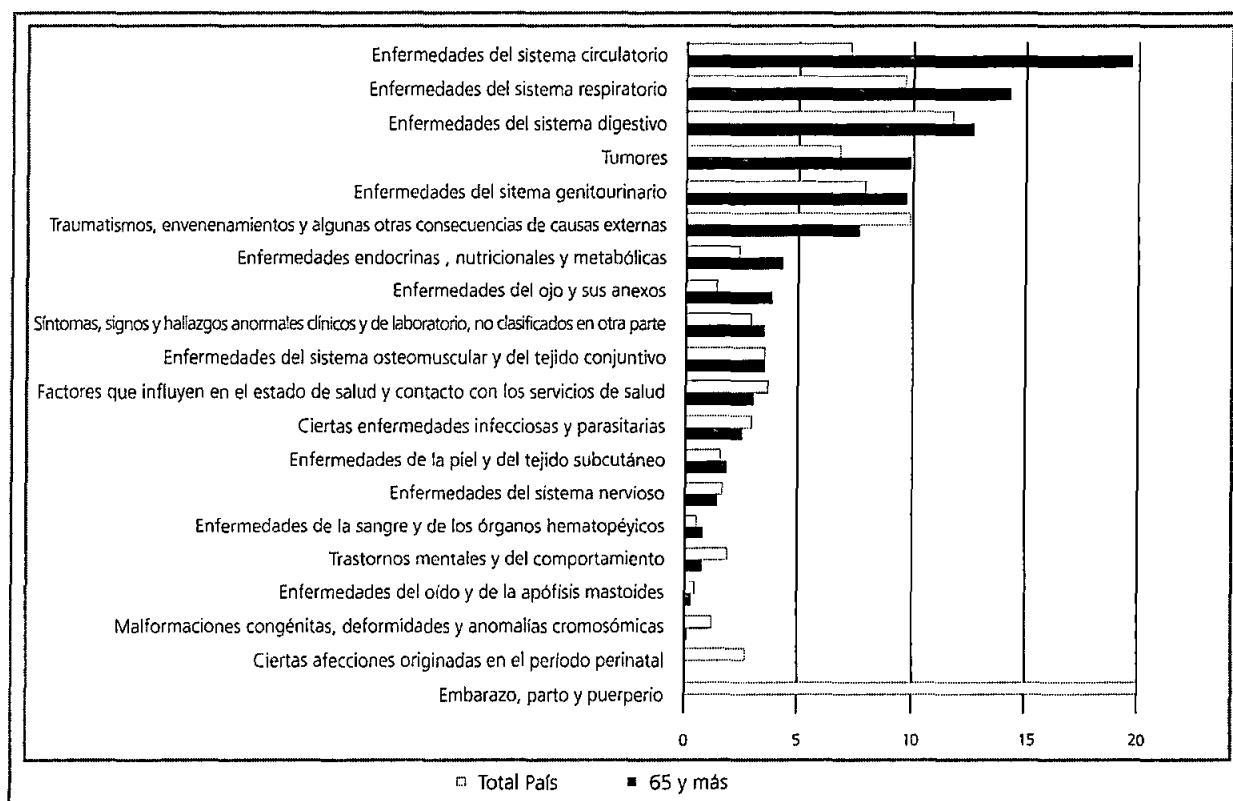
En cuanto a días de estadía, esta cohorte consumió el 31% del total de días de estadía, con un promedio de 8.97 días de estadía versus 5.9 días en los menores de 15 años y 5.2 en el grupo de 15 a 64 años.

Respecto del estado al alta de la hospitalización, el 6,8% de los adultos mayores egresaron como fallecidos

durante el año 2008, correspondiente a 20420 defunciones. Esto corresponde a más de la mitad de las defunciones intrahospitalarias, con un 65% del total.

En cuanto a las causas de egreso y su distribución relativa, como se ilustra en el siguiente gráfico, la primera causa de hospitalización en adultos mayores de 65 años son las enfermedades circulatorias, con un 19,7% del total. Le siguen las enfermedades respiratorias (14,4%), las enfermedades del sistema digestivo (12,7%), los tumores (9,9%), las enfermedades genitourinarias (9,8%) y los traumatismos (7,7%).

Gráfico 15: Distribución relativa de egresos hospitalarios según causa específica en adultos mayores de 65 años, año 2008.



Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS-MINSAL.

Ajustando por sexo y diagnóstico específico, en el grupo de hombres mayores de 65 años destaca la neumonía como primera causa de hospitalización, con un 7,9% del total de hospitalizaciones. Le siguen las enfermedades del corazón (7,1%), cerebrovasculares (5,5%), las enfermedades de los órganos genitales y las enfermedades isquémicas del corazón. También destaca en hombres mayor frecuencia de diagnóstico de hernia (3,5%) y diabetes (3,2%). Los principales cánceres que afectan al género masculino, el cáncer de próstata y el cáncer gástrico, representaron en conjunto un 2,6% de las hospitalizaciones. Estas cifras se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 30: Diagnósticos de egreso principales en hombres adultos mayores

Principales diagnósticos de egreso. Hombres mayores de 65, Chile 2008			
Código CIE-1	Diagnóstico	65 años	Porcentaje
	Todas las causas	141.014	100
J12 - J18	Neumonía	11.118	7,9
I26 - I51	Otras enfermedades del corazón	9.949	7,1
I60 - I69	Enfermedades cerebrovasculares	7.805	5,5
N40 - N51	Enfermedades órganos genitales masculinos	7.219	5,1
I20 - I25	Enfermedades isquémicas del corazón	6.099	4,3
K40 - K46	Hernia	4.972	3,5
E10 - E14	Diabetes mellitus	4.557	3,2
K80 - K83	Colelitiasis, colecistitis, colangitis y otras enfermedades de la vesícula biliar y del tracto biliar	4.514	3,2
J43 - J44	Enfisema y otras enfermedades pulmonares crónicas	3.737	2,7
N17 - N19	Insuficiencia renal	3.234	2,3
H25 - H26	Catarata	2.866	2,0
C16	Tumor maligno de la próstata	2.212	1,6
I21 - I22	Infarto agudo del miocardio	2.193	1,6
K70 - K77	Enfermedades del hígado	1.649	1,2
S72	fractura de fémur	1.531	1,1
I10 - I13	Enfermedades hipertensivas	1.519	1,1
C16	Tumor maligno del estómago	1.465	1,0
I60 - I62	Hemorragia intracraneal	1.204	0,9
N00 - N15	Enfermedades renales, glomerulares y tubulointersticiales	1.180	0,8
C33 - C34	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1.004	0,7
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	996	0,7
C17, C18	Tumor maligno del intestino, excepto del recto	942	0,7
M40 - M54	Dorsopatías	884	0,6
D50 - D64	Anemias	802	0,6
M16	Artrosis de la cadera	801	0,6
J60 - J70	Enfermedades del pulmón debido a agentes externos	741	0,5
M17 - M19	Otras artrosis	608	0,4
C82 - C85	Linfoma no Hodgkin	605	0,4
C67	Tumor maligno de la vejiga urinaria	574	0,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS-MINSAL.

En cuanto a las mujeres, la neumonía es también la primera causa de hospitalización. A ella le siguen las enfermedades cardiacas y luego las cerebrovasculares. Destaca una mayor importancia de las enfermedades de vesícula y tracto biliar y de fractura de fémur en relación a los hombres. Las prevalencias de cada diagnóstico específico se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 31: Diagnósticos de egreso principales en mujeres adultos mayores

Principales diagnósticos de egreso. Mujeres mayores de 65, Chile 2008			
Código CIE-1	Diagnóstico	65 años	Porcentaje
	Todas las causas	150.442	100
J12 - J18	Neumonía	12.736	8,04
I26 - I51	Otras enfermedades del corazón	10.452	6,60
I60 - I69	Enfermedades cerebrovasculares	7.786	4,91
K80 - K83	Colelitiasis, colecistitis, colangitis y otras enf. de la vesícula biliar y del tracto biliar	6.549	4,13
S72	Fractura de fémur	4.777	3,01
H25 - H26		4.716	2,98
E10 - E14	Diabetes mellitus	4.364	2,75
I20 - I25	Enfermedades isquémicas del corazón	4.188	2,64
J43 - J44	Enfisema y otras enfermedades pulmonares crónicas	4.108	2,59
N70 - N98	Enfermedades órganos genitales femeninos	3.571	2,25
K40 - K46	Hernia	3.345	2,11
N17 - N19	Insuficiencia renal	3.018	1,90
N00 - N15	Enfermedades renales, glomerulares y tubulointersticiales	2.252	1,42
I10 - I13	Enfermedades hipertensivas	2.154	1,36
A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.026	1,28
C50	Tumor maligno de la mama	1.985	1,25
K70 - K77	Enfermedades del hígado	1.569	0,99
M16	Artrosis de cadera	1.491	0,94
I21 - I22	Infarto agudo del miocardio	1.432	0,90
I60 - I62	Hemorragia intracraneal	1.312	0,83
D50 - D64	Anemias	1.173	0,74
M40 - M54	Dorsopatías	1.156	0,73
C17, C18	Tumor maligno del intestino, excepto del recto	993	0,63
M15, M17 - M19	Otras artrosis	941	0,59
M60 - M79	Trastornos de los tejidos blandos	896	0,57
C16	Tumor maligno del estómago	852	0,54
C33 - C34	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	646	0,41
C82 - C85	Linfoma no Hodgkin	621	0,39
C53	Tumor maligno del cuello del útero	587	0,37
C56	Tumor maligno del ovario	568	0,36
J45 - J46	Asma y otros estados asmáticos	559	0,35
C19 - C21	Tumor maligno del recto, porción rectosigmoidea y ano	543	0,34

Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS-MINSAL.

En conclusión, los adultos mayores presentan la más alta incidencia de hospitalización y las hospitalizaciones más prolongadas de todos los grupos de edad, consumiendo casi un tercio del total de tiempo de hospitalización para todas las edades considerando su peso relativo dentro de la población, con una incidencia de hospitalizaciones que dobla a la de la población general. Por otra parte, representan más de la mitad de las defunciones intrahospitalarias. Además, tomados como grandes grupos, se verifica que las enfermedades crónicas, los tumores y los accidentes siguen siendo las causas de hospitalización más frecuente en adultos mayores, siendo las enfermedades circulatorias y respiratorias las 2 primeras causas de hospitalización; seguidas de los tumores y accidentes.

(4) Discapacidad

Desde comienzos de la década se han impulsado varios esfuerzos por cuantificar la discapacidad existente en la población general y en los adultos mayores. La falta de consenso entre las diferentes herramientas para medir discapacidad en la población, el desconocimiento de cifras precedentes, y la discusión que se ha generado para establecer distinciones y límites entre dependencia y discapacidad, sobre todo en adultos mayores, habían dificultado la tarea de estandarizar y cuantificar las mediciones.

A continuación se entrega un sumario de los principales resultados de las encuestas que han medido discapacidad. Se destaca la ENS2009-2010, y además, se presentan brevemente los antecedentes previos en base a la Encuesta Nacional de Discapacidad, ENDISC2004, realizada por el Fondo Nacional de Discapacidad (FONADIS), y la Encuesta de Protección Social, el año 2004 (EPS2004), esta última primera en girar el enfoque a dependencia.

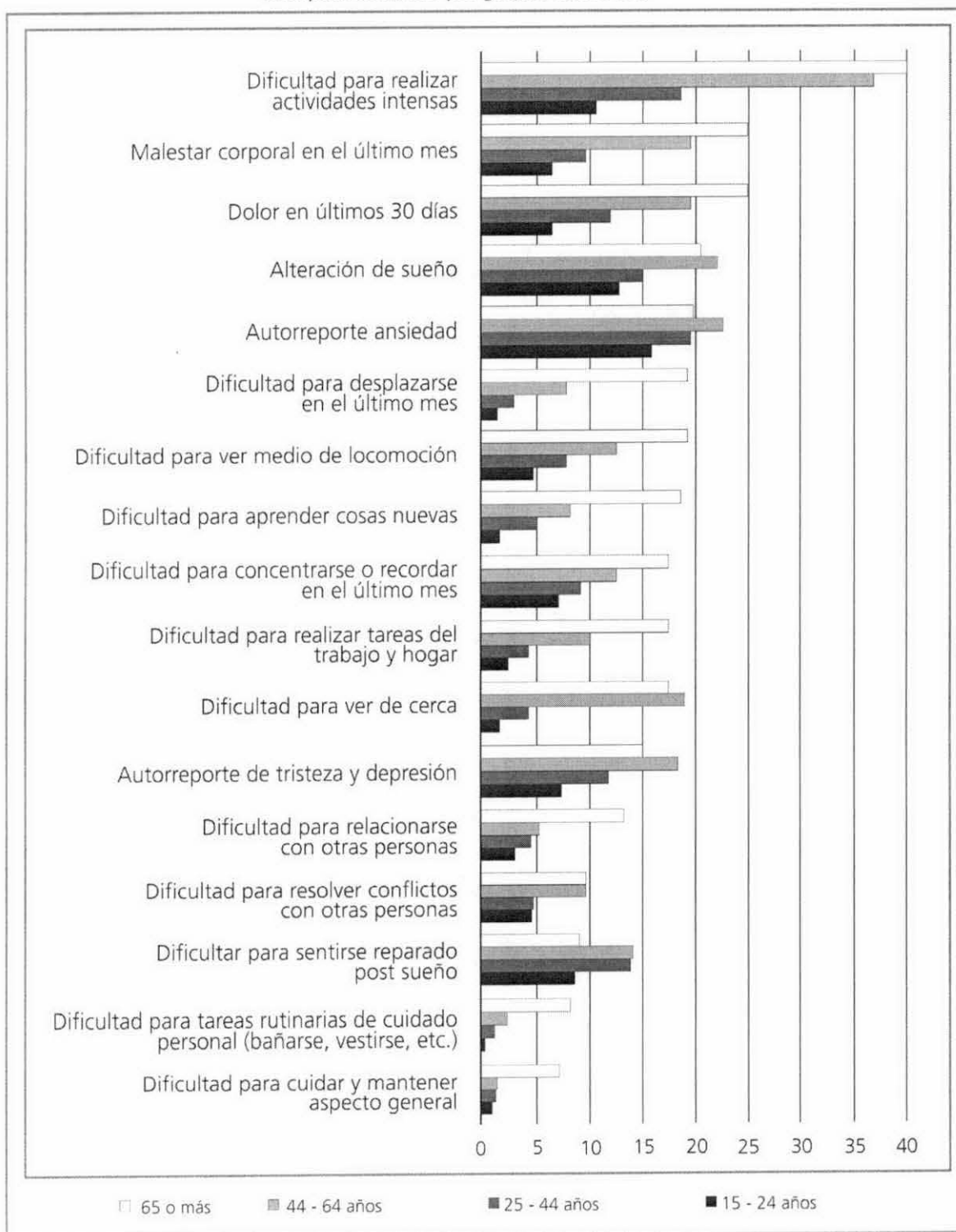
El más numeroso y reciente intento corresponde a la mencionada ENS2009-2010, que dedico un apartado especial para discapacidad. Se utilizó el módulo Health State de la WHS2003-OMS (18 preguntas), que explora 8 dominios de funcionalidad y que sigue el modelo teórico propuesto por la Clasificación Internacional de Discapacidad, Funcionalidad y Salud, en su segunda versión de la OMS (CIF-II, ref. 2 y 3), adaptando la versión en español a la ENS chilena.

Los 8 ámbitos de medición de discapacidad correspondieron a salud general, movilidad, cuidado personal, dolor y malestar, cognición, visión, actividades sociales, sueño, y cada pregunta del módulo era evaluada en 5 grados de dificultad: ninguna, leve, moderada, mucha o demasiada/imposibilidad de realizar la actividad especificada por la pregunta.

Los principales hallazgos de la ENS2009-2010 en su módulo discapacidad se presentan a continuación. El siguiente gráfico ilustra la distribución porcentual de mucha o demasiada dificultad para realizar la actividad especificada, ajustada por tramo etario.

Tabla 16: Discapacidad severa hombres adultos mayores por edad

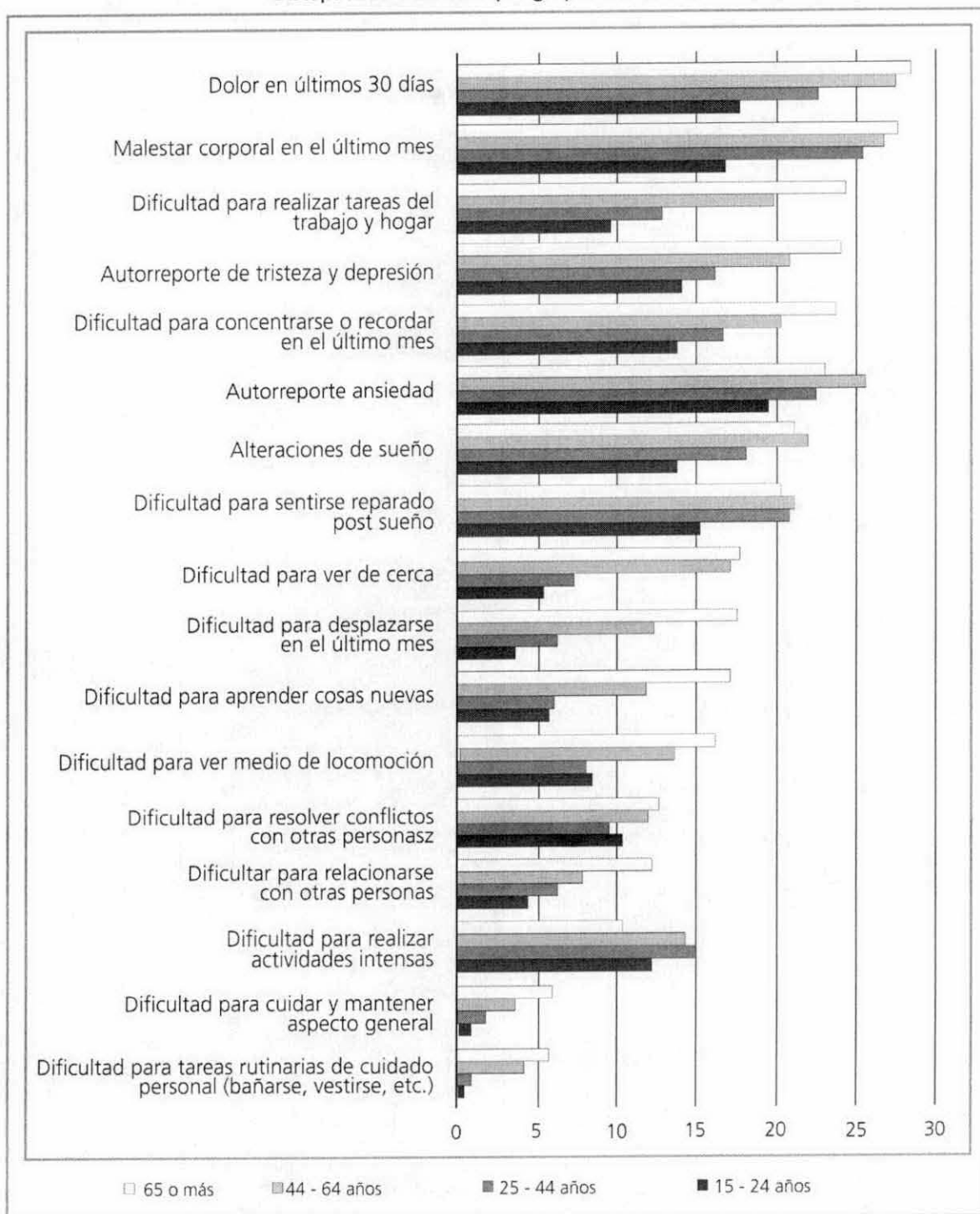
Discapacidad severa por grupos etarios (%)



Fuente: Elaboración propia en base a datos ENS 2009-2010.

Tabla 17: Discapacidad moderada por edad

Discapacidad moderada por grupos etarios (%)



Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos de la ENS 2009-2010.

Del análisis de los resultados se destaca lo siguiente:

- Los mayores de 65 años presentan mayor discapacidad para realización de actividades. Las diferencias más notorias se hacen evidentes en el módulo de cuidado personal. La respuesta de la pregunta “En general, durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para asearse, bañarse, lavarse las manos, vestirse, etc.?” , destaca que un 2,2% de los sujetos del grupo de 45 a 64 años tiene muchas o demasiadas dificultades (adicionalmente, un 4,2% de las personas de este mismo grupo etario expresa dificultades moderadas). Entre los adultos mayores, esta cifra aumenta a más de 3 veces, con el 8,3% que refiere muchas o demasiadas dificultades para realizar este tipo de tareas rutinarias, y, adicionalmente un 5,7% dificultades moderadas.
- Las personas que refieren mucha o demasiada dificultad para realizar las tareas del trabajo y del hogar alcanzan hasta un 17,5% en los adultos mayores de 65 años, observándose un aumento progresivo que va desde un 2,2% entre los menores de 24 años a un 17,5% entre los de 65 y más años.
- En cuanto a relaciones sociales, encontramos que las dificultades moderadas aumentan desde un 4,4% en los menores de 24 años, hasta un 12,2% en los adultos de 65 y más años. Siendo la prevalencia de los que presentan mucha o demasiada dificultad para relacionarse de un 3% para los menores de 24 años, para ir aumentando progresivamente hasta un 13,3% en el grupo mayor de 65 años.
- La prevalencia de personas que reportan demasiado malestar corporal general (25,2%) y dolor (24,9%) en el último mes es la más alta en el grupo mayor de 65 años.
- La población mayor de 65 años presenta la segunda mayor prevalencia de reporte de síntomas anímicos y alteraciones de sueño en el último mes.
- 2 preguntas en que se midieron sólo 3 grados de dificultad llaman la atención. Cuando se evaluó la pregunta “Su salud actual, ¿lo(a) limita para realizar esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de 1 hora?”, la ENS 2009-2010 arrojó que el porcentaje de personas que refiere que su actual salud lo limita mucho para realizarlos aumenta con la edad, desde un 1% en el grupo menor de 24 años, hasta un 24,5% en el tramo de los adultos mayores, siendo ésta una diferencia significativa. Al preguntarse por “En general, durante los últimos 30 días, ¿qué grado de dificultad ha tenido para realizar las tareas del trabajo y del hogar?”. Observamos un aumento progresivo de las personas que refieren haber tenido mucha o demasiada dificultad, las que van desde un 2,2% entre los menores de 24 años a un 17,5% entre los de 65 y más años.
- La pregunta “Su salud actual ¿lo(a) limita para realizar esfuerzos moderados como subir varios pisos por la escalera?”, arrojó un 0,9% en el grupo menor de 24 años hasta un 34,6% de mucha o demasiada dificultad en el grupo de 65 y más años. También estadísticamente significativo. Por el contrario, el 87,6% de los encuestados menores de 24 años dice que la salud no los limita nada para subir las escaleras, siendo sólo un 34,5% de los mayores de 65 años los que presentan la misma condición.

Respecto de encuestas previas, la encuesta nacional de discapacidad del año 2004, ENDISC2004, arrojó precedentes sobre los principales tipos de discapacidad que enfrentan los adultos mayores en su vida cotidiana. En esa oportunidad, destacaron el alto porcentaje de discapacidad para ver aún con lentes, y la

dificultad para caminar largas distancias. El cuidado personal no demostró cifras tan altas, con la actividad de comer por sí solo mostrando solo un 9,7% de los adultos mayores, como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 32: Dificultad en adultos mayores con discapacidad. ENDISC2004, FONADIS.

Dificultades para.....		AM con discapacidad	% en AM con discapacidad
Ver	Ver aun usando lentes	725,355	77,70%
Oír	Oír aun usando audifonos	400,179	42,90%
Cuidado Personal	Bañarse por sí solo	258,365	27,70%
	Vestirse o ponerse zapatos	270,291	28,90%
	Comer por sí solo	90,554	9,70%
Desplazamiento	Estar en pie 30 minutos o más	605,101	64,80%
	Caminar largas distancias	698,401	74,80%
	Ponerse de pie	611,476	65,50%
	Moverse dentro de la casa	278,068	29,80%
Comprensión y Comunicación	Aprender cosas nuevas	372,108	39,80%
	Concentrarse durante 10 minutos	369,785	39,60%
	Recordar cosas importantes	487,559	52,20%
	Resolver imprevistos	350,208	37,50%
	Comprender lo que la gente dice	275,588	29,50%

Fuente: ENDISC2004, FONADIS.

Por otra parte, la EPS2004, exploró el grado de dependencia de los adultos mayores, en términos de necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria. A grandes rasgos sus principales resultados fueron:

- 78% de ellos no necesitó ayuda alguna para realizar actividades de la vida diaria.
- 27% de las mujeres y el 16% de los hombres tuvo algún grado de dificultad o necesitaron algún tipo de ayuda en sus actividades cotidianas.
- 21 % de las mujeres y el 11% de los hombres, tuvieron dificultades para caminar largas distancias
- 18% de las mujeres y un 10% de los hombres tienen problemas para subir escalas
- 10% de las mujeres y el 6% de los hombres tienen problemas para bañarse
- 7% de las mujeres y el 5% de los hombres tienen problemas para vestirse
- 2% en ambos sexos, presentaron problemas para comer

En conclusión, todas las encuestas concuerdan en que los adultos mayores son el grupo etario que presenta mayor discapacidad para realización de actividades, entre las que destacan con mayor peso las actividades de la vida diaria.

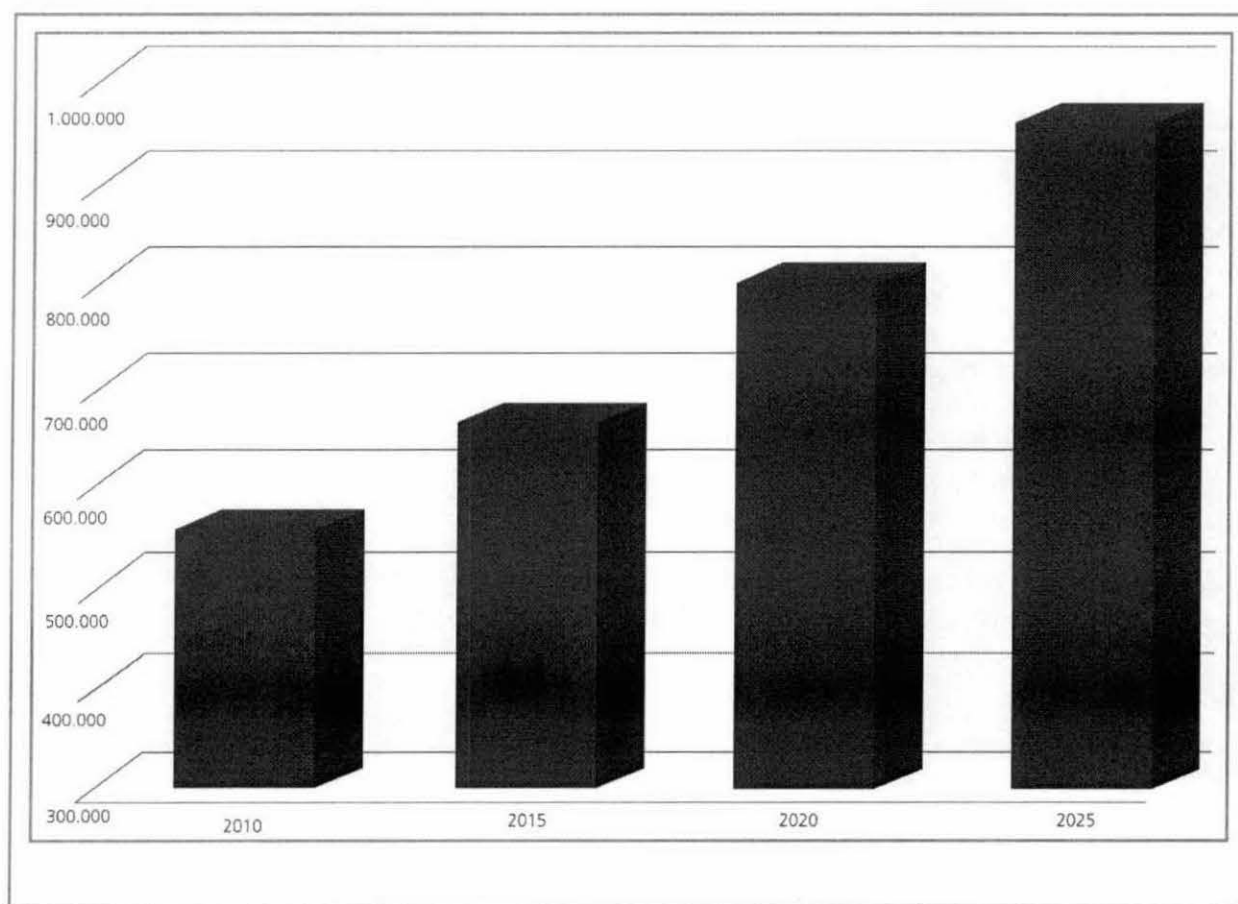
A.3 Dependencia y costo de la dependencia

A.3.1 Dependencia

De acuerdo a la EDPM 2009 el 24,1% de las personas mayores presenta dependencia funcional en cualquiera de sus grados. Dos de cada 3 personas mayores con dependencia son mujeres. El 25,3% de las mujeres mayores tiene dependencia comparado con el 22,0% de los hombres.

Una proyección de los resultados del Estudio de Dependencia de las Personas Mayores, muestra que para el año 2025 existirán cerca de 1 millón de adultos mayores en Chile que requerirán de servicios y cuidados especiales por su dependencia funcional.

Gráfico 18: Estimaciones de dependencia



Proyección elaborada a partir de datos del Estudio Nacional de Dependencia de las Personas Mayores EDPM 2009 y Proyecciones CELADE para Chile, 2010.

A.3.2 Costos de la dependencia en el tiempo

No existen en Chile estudios específicos que proyecten el costo exclusivo de la dependencia, pero existen estimaciones asociadas como las estimaciones del costo esperados del envejecimiento. Así, de acuerdo a proyecciones de la Superintendencia de salud el gasto estimado en salud para las personas mayores representaba el 1% del PIB el año 2002 (unos \$500 mil millones), pasando cuadruplicarse en 2020 con cerca de dos millones de millones de pesos (\$2 billones), y el año 2025 este aumentará a 2,1% del PIB, considerando un crecimiento anual del 4% de este grupo etario. Por otra parte, el 50% del gasto en salud de los Adultos Mayores -unos \$250 mil millones-, corresponde a Hospitalización.

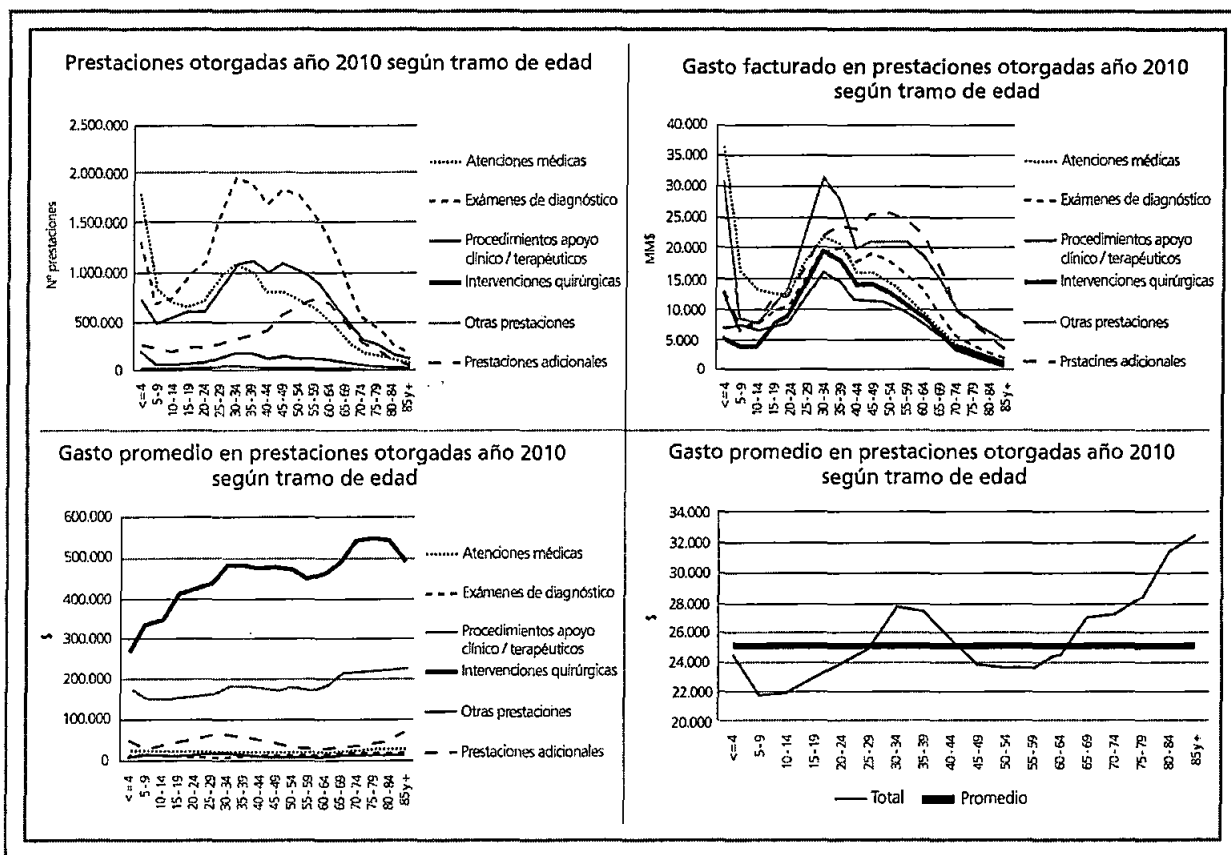
(1) Proyecciones de gasto en salud de adultos mayores

A medida que un país se enfrenta a un cambio demográfico de las características que se proyectan actualmente para Chile, específicamente con el aumento de la población mayor de 60 años, el país enfrenta también un proceso de transición epidemiológica. Ambos procesos están fuertemente relacionados. Por lo demás, la transición demográfica también afecta a los procesos económicos y sociales, lo que implica replantear las estrategias y políticas públicas del país para evitar que el ajuste necesario a la nueva realidad impacte de forma negativa y desarmonice a los sistemas de seguridad y protección social, produzca pobreza, desempleo, vulnerabilidad, colapso en los servicios públicos o afecte la gestión administrativa o financiera del gobierno, entre otros posibles problemas.

Al realizar, por tanto, el análisis del cambio demográfico en materias de salud y políticas sociales, se hace necesario trabajar con los problemas que suelen surgir del proceso de envejecimiento, la necesidad de tratamiento médico enfocado en la recuperación de la autonomía y autovalencia, y la forma en que este proceso de envejecimiento impacta en las finanzas individuales y públicas. En esta labor, la proyección del gasto en salud de los adultos mayores y sus componentes entrega información valiosa para definir políticas públicas enfocadas en este grupo social en crecimiento, como lo es una política enfocada en cubrir las necesidades surgidas de una situación de dependencia.

Pese a que el número de prestaciones otorgadas y su respectivo gasto disminuyen a medida que la edad crece, los gastos promedio se incrementan en la mayoría de las prestaciones. A contar de los 65 años de edad el gasto promedio por prestación comienza a elevarse por sobre el promedio y los toques máximos de edades anteriores.

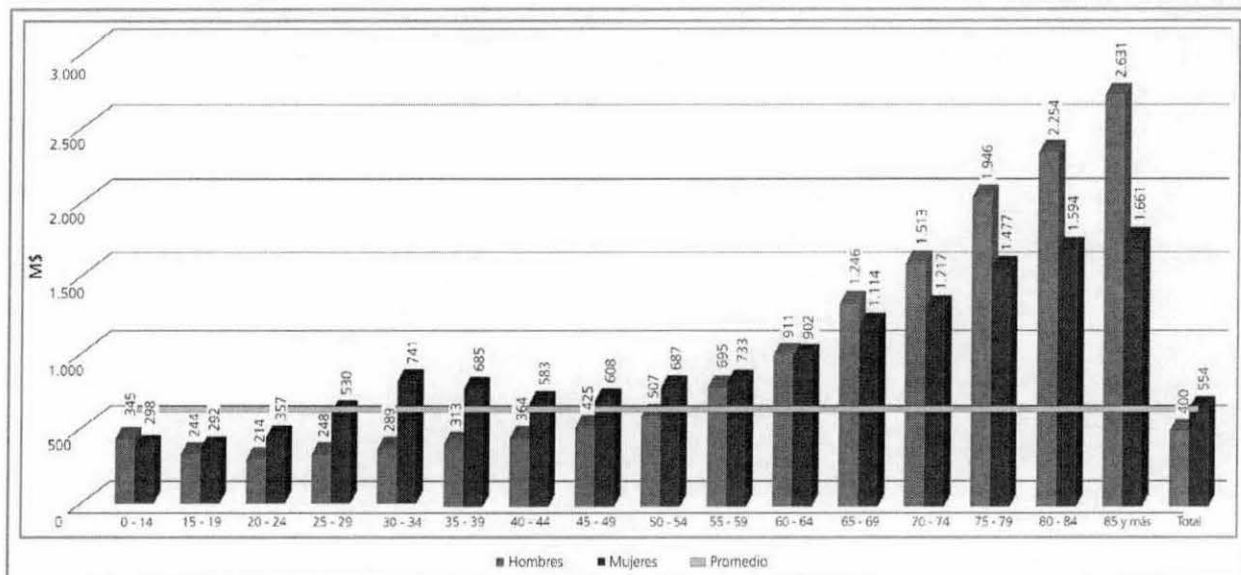
Gráfico 19: Evolución del gasto y número de prestaciones otorgadas por sistema Isapres (año 2010 según tramo de edad)



Fuente: Superintendencia de Salud. Elaboración CIEDESS.

Según cifras del sistema Isapres a diciembre de 2010, el gasto promedio en prestaciones de salud evidencia un incremento importante a partir de los 60 años de edad, especialmente para los hombres. El gasto promedio del sistema fue de \$ 472.455, el cual aumenta a \$ 1.180.157 para el tramo 65-69 y a \$ 2.016.709 para los de 85 años y más. Adicionalmente, del total de gasto en prestaciones de salud en este sistema, el 18,6% correspondió a beneficiarios desde los 60 años de edad –equivalente a \$ 248.129 millones.

Gráfico 20: Gasto promedio por beneficiario sistema Isapres, año 2010

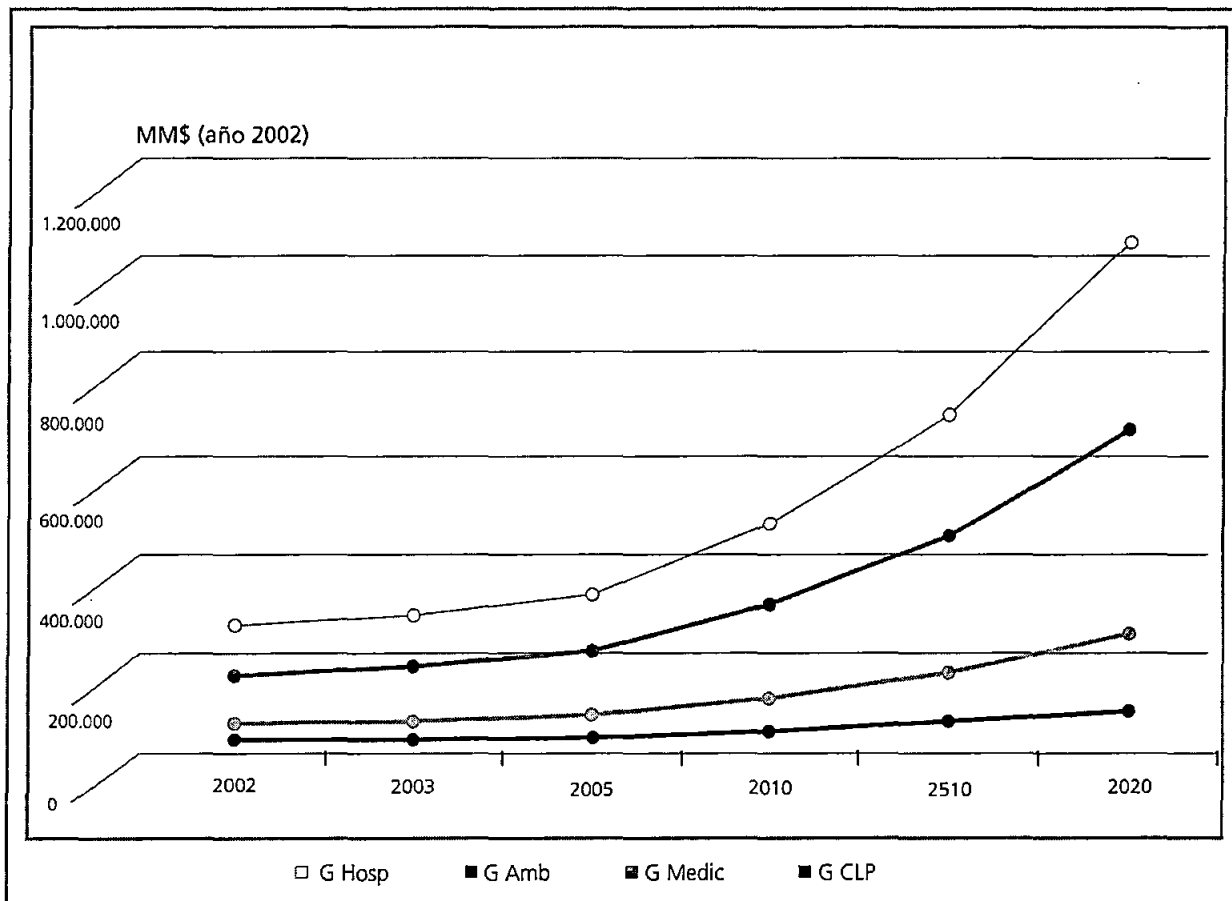


Fuente: Superintendencia de Salud. Elaboración CIEDESS.

Por su parte, el estudio “Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020”, publicado en julio de 2006 por el Departamento de Estudios y Desarrollo de la Superintendencia de Salud, señala que el gasto en salud para adultos mayores aumentaría anualmente un 17%, siendo la mayor proporción proveniente de gastos hospitalarios y ambulatorios. El aumento del gasto en cuidados de la salud de largo plazo, asociados en este estudio con la estimación de adultos mayores en hogares de cuidado, aumenta un 13,2% anual, debiéndose un 5% de esta variación al cambio demográfico, mientras que el mayor impacto radica en los aumentos de los costos del servicio. Asimismo, el gasto en hospitalización aumenta también en un 17% anual, donde el cambio demográfico representa un 5,3% del costo total.

Adicionalmente, el estudio señala que, considerando un crecimiento promedio del PIB 4% anual hasta el año 2020, “el gasto total proyectado en salud de los mayores de 60 años de edad representará el 2,1% del PIB del año 2020, lo que implica un incremento de un 98% en el gasto de esta cohorte en el periodo 2002-2020”.

Gráfico 21: Proyecciones de gasto en salud de adultos mayores para Chile (2002-2020)



Fuente: "Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020", Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud.

No cabe duda que el proceso de envejecimiento representa, también, un desafío económico para el país que ya comenzó y se hará más patente en los próximos años.

Capítulo 2.

Atención actual de la dependencia en Chile

Chile hoy no cuenta con un adecuado sistema de cuidado. Esto puede tener un impacto creciente a futuro si la sociedad no reacciona y se hace cargo. Ciertamente, existe en la actualidad una red de servicios institucionales, casi todos del estado, que apuntan a distintos problemas de los adultos mayores, los más relevantes son los del servicio público especialmente dedicado a ello, el SENAMA y los programas del sector salud. La vivienda también es un aspecto a considerar, esta es fundamental para una adecuada vida segura, independiente y autónoma. En Chile si bien existen logros en esta materia, no los hay en la construcción de centros comunitarios, existe una carencia importante de ellos.

Hoy las familias abarcan tres e incluso cuatro generaciones. Esto significa un cambio también en la composición familiar. Más del 30% de los hogares tienen entre sus integrantes a una o más personas mayores. Respecto de las personas mayores que viven en hogares unipersonales, una de cada diez vive sola.

En los hogares multigeneracionales los recursos son compartidos, lo que muchas veces significa un mayor bienestar entre sus integrantes. No obstante lo anterior, cuando las personas mayores necesitan de cuidados por la pérdida de funcionalidad, dicho cuidado recae en las mujeres, lo cual puede transformarse en un riesgo de caer en pobreza.

De acuerdo a datos de la CEPAL, en Chile un 63% de las personas mayores son institucionalizadas por necesidad de cuidado y un 12% por no tener donde vivir. 14% declara ser sujeto de maltrato.

A.1 Sector Salud y atención de la dependencia

En Chile actualmente existen varios programas destinados a personas discapacitadas y al adulto mayor a cargo de organismos tanto públicos como privados. En general, estos programas se superponen, y no existen formal y específicamente para personas mayores dependientes. Sin embargo, es notoria la preocupación por esta población y en la última década, es destacable el surgimiento de una serie de iniciativas en respuesta a necesidades sociosanitarias no satisfechas y a las estimaciones de crecimiento de la población dependiente y la población mayor. Especialmente en los últimos dos años, se han generado fondos e instituciones y se ha reestructurado organismos con especial foco en los adultos mayores y las personas discapacitadas.

En salud, destacan los programas ambulatorios y de visita domiciliaria de la Atención Primaria en Salud (APS), a cargo del MINSAL, cuyos beneficiarios reciben cobertura del plan AUGE o entran dentro de los programas específicos para el adulto mayor del AUGE, si corresponde. Por su parte, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), creado en la última década con especial foco al cambio en la composición poblacional del país con el sostenido crecimiento de este segmento etario, financia diferentes programas para el adulto mayor, destinados a promover su autovalencia y prevenir su dependencia a través del Fondo Nacional del Adulto Mayor. Los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), que albergan adultos mayores tanto autovalentes como dependientes y en riesgo de dependencia, a cargo de cuidadores especiales determinados de acuerdo al número de residentes que alberga y su estado funcional, tal como lo establece su normativa. Asimismo, desde el año 2009, el SENAMA ha establecido convenios con el Servicio de Vivienda y Urbanismo (SERVIU) para la construcción de viviendas y condominios especialmente destinados a adultos mayores de escasos recursos.

Por otro lado, la población discapacitada también ha sido objeto de especial preocupación, destacando el surgimiento el 2010 del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), antiguo Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS). Si bien su principal foco es la población discapacitada menor de 15 años, este nuevo servicio destaca por habilitarse específicamente para responder a las necesidades de la población discapacitada de cualquier edad y optimizar la gestión de las iniciativas financiadas antiguamente por el FONADIS.

Por último, es necesario mencionar el cuidado informal de la población dependiente, entendiendo por tal tanto el realizado por cuidadores particulares como por Fundaciones de administración y gestión independiente y sin fines de lucro, en los que sobresalen los programas de atención del Adulto Mayor del Hogar de Cristo y los hogares de la Fundación Las Rosas. Aunque es difícil encontrar estadísticas al respecto, pues existen pocos estudios de poco alcance y porque no se encuentra normado, existe consenso en que el cuidado formal es realizado fundamentalmente por el sexo femenino.

A.1.1 Atención Primaria en Salud

En APS ambulatoria sobresalen el Programa de Salud del Adulto Mayor, los programas de salud complementarios y los programas del AUGE para el adulto mayor. Además, si bien no específico de adultos mayores, debe mencionarse el Programa Oportunidad en la Atención, que acorta los tiempos de espera para resolución quirúrgica de determinadas patologías una vez establecido el diagnóstico, algunas de las cuales muestran mayores prevalencias en población mayor de 60 años.

(1) Programa de Salud del Adulto Mayor:

Es un programa de salud destinado a la población mayor de 60 años a cargo de los consultorios APS, en donde a partir de una evaluación médica y de laboratorio preventiva básica, se aplican escalas de funcionalidad en las que se establece la autovalencia o dependencia del adulto mayor tras lo cual son derivados a los distintos policlínicos de salud o a la atención domiciliaria si correspondiese.

El Programa de Salud del Adulto Mayor consiste en:

1.1) Examen de Medicina Preventiva (EMPAM): Examen que incluye control de signos vitales, antropometría, exámenes generales como el perfil lipídico y la glicemia, y aplicación de escalas para determinación de funcionalidad. Estas escalas son:

1.1.1) Escala EFAM-Chile: Escala creada para evaluar la funcionalidad del adulto mayor de 60 años, formulada a partir de los requerimientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud a partir de población de APS. Evalúa a los adultos mayores que son capaces de asistir al consultorio, ambulatoriamente. No considera adultos mayores dependientes ni postrados, como tampoco la ayuda o el grado de ayuda que se pueda requerir para realizar una actividad.

Las mediciones de esta escala son:

- Actividades de la vida diaria: movilidad, actividades instrumentales (tareas domésticas realizadas por el adulto mayor) y actividades físicas de atención personal.
- Funcionalidad mental: capacidad de cognición y presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica.

- Funcionalidad con respecto a salud física: niveles de actividad, autopercepción de salud y diagnóstico de patologías orgánicas existentes (si correspondiese), uso de servicios de salud.
- Bienestar emocional, cultural y social.
- Recursos sociales: accesibilidad y contacto con la familia y disponibilidad del recurso social.

Por otro lado, a la población mayor de 60 años incapaz de acudir al consultorio, se le considera dependiente ya sea por razones sociales u orgánicas. Esta población, antiguamente denominada población postrada o discapacitada severa, es evaluada con el Índice de Katz, considerado en el examen de salud preventivo para el adulto mayor. Este examen concuerda en definir la dependencia cuando se requiere de una tercera persona para efectuar una actividad, considerando como dependientes a aquellos pacientes que reciben atención domiciliaria o que tiene una limitación evidente o visible, como por ejemplo los secueledos de accidentes vasculares encefálicos, enfermos de Parkinson, o pacientes ciegos o de muy baja visión, si bien esta escala no evalúa el grado de ayuda o la ayuda específica del adulto mayor. Los pacientes considerados dependientes quedan a cargo del Programa de Discapacidad Severa o Programa Dependiente Severo, ex programa postrados, y reciben atención domiciliaria a cargo de la APS, como se describe más adelante.

(2) Programas de salud complementarios:

Se enmarcan también en el contexto de atención de salud para el adulto mayor en APS el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), la vacunación antiinfluenza y antineumococo, y la atención periódica en policlínicos específicos de acuerdo a la necesidades determinadas por la evaluación funcional.

- El PACAM consiste en la entrega de la crema años dorados, crema alimenticia fortificada con vitaminas y rica en carbohidratos y lípidos con aporte energético de 200 calorías por porción de 50 gramos, y está destinada a suplir los requerimientos nutricionales del adulto mayor de 65 años con TBC y al mayor de 70 años.
- La vacunación anti-influenza se entrega a los adultos mayores de 60 años, aunque esta necesidad está sujeta a eventuales reformulaciones de acuerdo a las contingencias, principalmente de carácter epidemiológico, que determine la campaña contra la influenza anual.
- La vacuna antineumococo se entrega a los adultos mayores de 75 años, con el objeto de reducir la morbimortalidad por neumonía.
- Los controles en policlínicos de salud cardiovascular, reumatología, respiratorio y TBC se determinan de acuerdo a los resultados del EMPAM, y contemplan un seguimiento periódico del adulto mayor de acuerdo a necesidad.

(3) Programas del AUGE para el adulto mayor:

El programa AUGE para el adulto mayor considera a los adultos mayores de 65 años con plazos prefijos para cubrir las necesidades sanitarias de diagnóstico o tratamiento, según cada plan. Si bien los plazos y coberturas son establecidos para mayores de 65 años, los servicios son gratuitos para los mayores de 60 años, y consideran un copago de un 10% para el tramo FONASA C.

Los programas AUGE para el adulto mayor son:

- **Entrega de lentes para vicios de refracción a mayores de 65 años:** La presbicia pura diagnosticada debe tener lentes dentro de los 30 días siguientes al diagnóstico, mientras que la sospecha de miopía, astigmatismo e hipermetropía deben tener diagnóstico por especialista dentro de 180 días. Una vez realizado cualquiera de estos diagnósticos, se garantiza el acceso a lentes dentro de 30 días.
- **Artrosis de cadera en mayores de 65 años:** Posterior al diagnóstico, los pacientes con artrosis de cadera tienen la posibilidad de recibir cirugía dentro de 240 días, con control kinesiológico en un plazo no mayor a 40 días desde la cirugía.
- **Entrega de Órtesis para mayores de 65 años:** Posterior a la indicación médica de bastones, colchones antiescara y cojines, estos deben ser entregados dentro de 20 días; en el caso de andadores, andadores de paseo y sillas de ruedas, estos debiesen ser facilitados dentro de 90 días de la indicación médica.
- **Entrega de audífonos en hipoacusia bilateral para mayores de 65 años,** que se realiza dentro de los 445 días siguientes a su diagnóstico.
- **Tratamiento dental integral,** realizado dentro de 90 días por cirujano dentista, posterior a evaluación.
- **Artrosis de cadera o rodilla leve o moderada en mayores de 55 años:** en el caso de estos pacientes se garantiza el inicio de tratamiento médico y derivación a especialista para continuación del tratamiento en las 24 horas siguientes al diagnóstico.
- **Neumonía en el adulto mayor:** en el marco de la prevención de complicaciones por morbilidad y de la mortalidad por neumonía en el adulto mayor, el AUGE contempla diagnóstico de neumonía con radiografía dentro de 48 horas de la sospecha clínica y el inicio de tratamiento ya sea a nivel de atención primaria o terciaria del adulto mayor de acuerdo al diagnóstico.

(4) Programa Oportunidad en la Atención:

En el Programa Oportunidad en la Atención o POA, los beneficiarios de FONASA acceden a intervención quirúrgica de patologías que por su morbimortalidad y complicaciones requieren de resolución pronta. Se establece un plazo de 3 meses a partir del diagnóstico y 1 mes a partir del diagnóstico de cáncer. Junto con la hiperplasia prostática y el prolapso uterino, que cobran importancia en la población de adultos mayores, las otras patologías que cubre este programa son:

- coleditiasis
- hernia abdominal
- criptorquidea
- cáncer invasor de cuello uterino
- cáncer preinvasor de cuello, aunque en este caso el tratamiento es primero ambulatorio
- cáncer de mama

(5) APS Domiciliaria:

La atención domiciliaria del adulto mayor se realiza en aquellos pacientes considerados dependientes así determinados por el Índice de Katz. Dichos pacientes ingresan al Programa de Discapacidad Severa, llamado así desde el año 2010, que anteriormente correspondía al Programa Postrados de la APS. El Programa de Discapacidad Severa paga 74.498 pesos anuales para el tratamiento de pacientes dependientes al establecimiento de salud primaria correspondiente, con dependencia directa de los servicios de salud.

El Programa de Discapacidad Severa contempla discapacitados, definidos como aquellos pacientes con capacidades disminuidas tanto físicas como psíquicas o de relación con el entorno que impliquen dependencia de terceras personas para la ejecución de actos de la vida cotidiana.

El programa incluye una visita domiciliaria integral y el pago a personas cuidadoras de discapacitados severos.

- La visita domiciliaria integral es una visita realizada al hogar de la persona dependiente por el personal del consultorio. Generalmente es realizada por un paramédico y una enfermera, pero puede ser realizada por cualquier miembro del personal de salud del consultorio, ya sea médico, kinesiólogo, asistente social, psicólogo y técnico paramédico, entre otros. La visita domiciliaria tiene un percápita de 2.743 pesos mensuales, con 466 pesos adicionales por cada persona mayor de 65 años atendida.
- El pago a personas cuidadoras consiste en un estipendio de 21.532 pesos mensuales por cada paciente con discapacidad severa a su cuidado definida por Índice de Katz. Reciben este pago los cuidadores de personas FONASA A o B, personas pobres tanto en rango de indigencia como no indigencia de acuerdo a la asistente social del equipo de salud, o las personas cuidadoras de pacientes inscritas en su centro de salud o en las fichas de protección social determinadas por cada municipio.

A.2 Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

Si bien el adulto mayor ha sido históricamente un segmento de interés particular en el sector público, como hemos revisado en capítulos anteriores, el acelerado cambio demográfico experimentado en Chile en las últimas 5 décadas generó cambios en las tasas de dependencia y en la estructura etaria de nuestra sociedad que demandaron un reconocimiento especial a este segmento poblacional. Así se establece en el año 2002 un reconocimiento especial al segmento poblacional como objeto de preocupación pública, estableciéndose el SENAMA como una entidad especializada en el dominio del Adulto Mayor de acuerdo a la ley N° 19.828².

A.2.1 Normativa SENAMA:

En el cuerpo normativo de la ley 19728, se establece la creación del servicio, al que se le asigna por obligación velar *"por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen"*. Se define como un Servicio Público, funcionalmente descentralizado, con sede principal en la ciudad de Santiago, contando con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Este mismo marco normativo señala que se reconoce legalmente como adulto mayor a toda persona que *haya cumplido sesenta años*.

Las atribuciones del Servicio se establecen en el mismo cuerpo legal y son las de *"proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan"*. De otra parte y a nivel funcional, se le atribuyen las siguientes funciones:

"a) Estudiar y proponer al Presidente de la República las políticas, planes y programas que deban efectuarse para diagnosticar y contribuir a la solución de los problemas del adulto mayor, velar por su cumplimiento y evaluar su ejecución.

b) Proponer, impulsar, coordinar, hacer seguimientos y evaluar programas específicos para el adulto mayor que se realicen a través de la Administración del Estado.

c) Incentivar la participación del sector privado en la atención de aquellas necesidades y solución de los problemas derivados del proceso de envejecimiento.

d) Fomentar la integración del adulto mayor en el seno de su familia y de la comunidad y promover la inserción social de los adultos mayores de forma que se mantengan activos en beneficio propio y en el de la comunidad.

e) Estimular la coordinación del sector privado con el sector público en todas aquellas acciones que digan relación con mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

f) Prestar asistencia técnica y supervisar a organismos privados con o sin fines de lucro que brinden acogida y atención integral al adulto mayor que facilite su inserción a la sociedad.

g) Desarrollar y mantener un sistema voluntario de información de carácter público relativo a los servicios que se presten al adulto mayor."

En función de las funciones que da origen al Servicio, el legislativo define que se debe establecer un registro

² Publicada en el Diario Oficial en 27/09/2002

de personas naturales y jurídicas que presten servicios remunerados y no remunerados a adultos mayores. Para definir el funcionamiento del registro se generará un reglamento específico.

Además deberá *"Realizar, por sí o a través de terceros, programas de capacitación y difusión que tiendan a lograr el desarrollo integral del adulto mayor en sus distintas áreas y niveles. Así como también estudios que tengan por objeto mantener un permanente diagnóstico sobre la diversidad de situaciones que caractericen al adulto mayor."*

Otra de las tareas que deberá realizar el servicio es *"Incentivar la descentralización de las políticas sociales en favor del adulto mayor, a través de la participación activa en la gestión y aplicación de dichas políticas por los gobiernos regionales, provinciales y comunales. Del mismo modo como "Fomentar y promover la inserción del adulto mayor en el mundo del trabajo".*

Al margen de la asignación de fondos públicos concursables, se faculta a SENAMA para: *"cuando se trate de actividades permanentes de mantención, apoyo y promoción de adultos mayores indigentes abandonados, desarrolladas por instituciones públicas, entre ellas las municipalidades, o privadas, sin fines de lucro, que dispongan de la infraestructura y personal necesario para el adecuado cumplimiento de dichas actividades o funciones, tales instituciones podrán ser objeto de financiamiento directo por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, con cargo a recursos consultados en el Fondo Nacional del Adulto Mayor, a través de convenios entre dicho Servicio y la institución beneficiaria".*

En relación a la duración de estos convenios señalados, la legislación establece que estos durarán *"Hasta dos años, pudiendo renovarse"*. No obstante para ello, las organizaciones beneficiarias deberán encontrarse en el registro que la propia ley estipula y someterse a un régimen de fiscalización que determinará la continuidad o no en el registro establecido para estos efectos.

La creación de los Comités regionales para el Adulto Mayor se concibe como órganos encargados de realizar las acciones que encomiende el Servicio, de acuerdo al reglamento específico que norma su existencia como órgano ejecutor de políticas.

En síntesis, la generación de un Servicio Especializado en la temática del Adulto Mayor en Chile, tal como se señala en la ley, viene a dar cuenta de la necesidad de reconocimiento de un derecho de un determinado grupo etario de la sociedad. En ello el legislador reconoce además la necesidad de que este órgano tenga una cobertura territorial distribuida, a objeto de ejecutar políticas tendientes a la generación de equidad en la distribución de recursos, equidad y pertinencia de las políticas públicas en pro del Adulto Mayor.

Desde la perspectiva de la flexibilidad, ciertamente es relevante el reconocimiento de la existencia de entidades autónomas y privadas que puedan coadyuvar a SENAMA en la ejecución de programas y políticas, cautelando el propósito para el cual esta legislación en particular fue creada.

Si bien es cierto la normativa que da origen al SENAMA establece un marco general para la generación de política sectorial orientada al Adulto Mayor, aún se encuentra en ciernes la idea de un modelo de gestión acabado para el ejercicio extendido de servicios de protección en el ámbito sanitario. No obstante, es un avance importante la reciente publicación (2010) del Reglamento³ que da cuenta de un nuevo programa ejecutado por SENAMA, el de Viviendas Protegidas para Adulto Mayor en el que se señalan los requerimientos técnicos, tecnológicos y humanos que requiere un centro de atención especializada en el adulto mayor. De

3 DS N°49, 2011 de MIDEPLAN

lo señalado en el reglamento puede desprenderse un modelo normativo que prefigura un primer modelo de establecimiento con los requerimientos básicos de gestión y prestación para cada Adulto Mayor atendiendo a su grado de dependencia.

A.2.2 Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)

Como los ELEAM se definen a residencias para adultos mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales requieren de un medioambiente protegido y de cuidados diferenciados que allí reciben. Tienen por Objeto la Prevención y Mantenimiento de su salud, Mantenimiento y estimulación de su funcionalidad y el Reforzamiento de sus capacidades remanentes.

Los ELEAM son fiscalizados por la SEREMI respectiva, y al igual que en programa de atención domiciliaria para discapacidad severa en atención primaria, los adultos mayores que entran a un ELEAM han sido evaluados de acuerdo al Índice de Katz. La normativa pertinente ha establecido un número determinado de cuidadores en cada ELEAM por un número determinado de residentes. El tipo y el número de cuidadores, dependiendo del turno y la condición de dependencia del adulto mayor se detalla a continuación:

- Adultos mayores dependientes severos: Se requiere 1 auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y de llamada en la noche, y un cuidador por 7 residentes 12 horas del día y uno por cada 10 residentes en turno de noche. A partir de 8 residentes ya debiesen haber 2 cuidadores en el día; lo mismo ocurre a partir de 8 residentes en la noche).
- Adultos mayores con dependencia moderada en grado leve: Se requiere 1 auxiliar de enfermería de llamada las 24 horas del día con al menos 2 horas de permanencia, y un cuidador por 12 residentes dependientes 12 horas del día y uno por cada 20 residentes en turno de noche. A partir de 13 residentes ya debiesen haber 2 cuidadores en el día; lo mismo ocurre a partir de 21 residentes en la noche).
- Adultos mayores autovalentes: Se requiere de 1 cuidador por 20 residentes las 14 horas del día.

A.2.3 Fondo Nacional para el Adulto Mayor

El Fondo Nacional del Adulto Mayor, es un fondo administrado por la SENAMA creado específicamente para financiar proyectos que fortalecen la identidad, el ejercicio de roles y la autonomía en los adultos mayores. En general financia iniciativas de organismos privados o públicos, algunas de las cuales están destinadas a salud, cuidado de dependencia y formación de voluntarios y cuidadores. A grandes rasgos los proyectos se financian a través de concursos, en los que se distinguen 2 tipos: los proyectos autogestionados y las iniciativas de ejecutores intermedios.

- Proyectos autogestionados por organizaciones de adultos mayores: En general, estos proyectos corresponden a programas de tipo recreativo y cultural que promueven la interacción social, la vinculación con el entorno y el ejercicio físico en los adultos mayores. Son realizados por organizaciones pequeñas de adultos mayores con personalidad jurídica, que en su mayoría corresponden a clubes comunales de adultos mayores de unas 30 personas en promedio por cada club, que se agrupan en las uniones comunales, 248 en total. El costo promedio de estos proyectos varía según la comuna y la organización, pero en general bordean el millón de pesos.

- Iniciativas de ejecutores intermedios: Los ejecutores intermedios corresponden a fundaciones, corporaciones, municipios y organismos no gubernamentales que desarrollan proyectos mayores a nivel regional. Los objetivos de estos proyectos son: prestar un conjunto de servicios sociales de cuidados, de salud u otros a Adultos Mayores que vivan en situación de vulnerabilidad o dependencia, gratuitos e innovadores que favorezcan la protección de salud y calidad de vida, o el desempeño de nuevos roles para el Adulto Mayor.

A.2.4 Programa SENAMA de reciente creación

El Programa Fondo de Atención de Servicios del Adulto Mayor, dependiente del SENAMA, busca entregar solución habitacional y servicios de cuidado a adultos mayores dependientes o en riesgo social. Dentro de este programa se encuentra el programa de Viviendas Protegidas. En el año 2008, el SENAMA y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo firmaron un convenio que dio origen al Programa. Actualmente, dicho programa tiene tres líneas de acción:

Construcción de viviendas SERVIU para entrega en comodato a adultos mayores: Constituyen los condominios para adultos mayores. Se construyen para albergar a adultos mayores vulnerables, cuyos ingresos no superan los 121 mil pesos mensuales, a cambio de pagar agua, luz y gastos comunes. Las viviendas constan de pieza con clóset, un baño y una sala de estar-living-cocina. Este año 2011 se inauguró un condominio en la población La Bandera, consistente en 15 viviendas SERVIU de aproximadamente 150 millones en total, y se planea construir más en los meses y años que siguen.

Construcción de viviendas tuteladas: A este programa pertenecen ELEM, también llamados Residencias Colectivas para adultos mayores. Las residencias existentes cuentan con una capacidad variable según el recinto de entre 40 a 90 personas. En la Región Metropolitana, destaca el ELEM de Colina, con 30 cupos, que se ampliará a 90 el 2012.

Por otro lado, SENAMA transfiere fondos al Consejo Nacional de Protección de la Ancianidad, con objeto de mejorar la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados o en camino a la institucionalización.

No directamente relacionados a la dependencia, pero implementados para prevenirla y fomentar la autovalencia y desarrollo del adulto mayor, han surgido programas en el último tiempo con énfasis en promover la interacción social de esta población, complementarios a los anteriores programas. Entre ellos destacan:

Turismo social: Consiste en llevar a grupos de adultos mayores por 1 día a lugares de especial interés histórico, cultural o geográfico.

Asesores seniors: Iniciativa que busca apoyar a estudiantes en riesgo social y escolar de primero a octavo básico con clases de reforzamiento de al menos una vez por semana, dadas por adultos mayores jubilados, principalmente profesores.

Programa de Apoyo Integral al Adulto Mayor (Vínculos): Implementado desde el 2007 por SENAMA, este programa consiste en darles un acompañamiento continuo a los mayores de 65 años, reforzando su autonomía y promoviendo su autovalencia. Los beneficiados son adultos mayores pertenecientes al programa Chile Solidario. El principal énfasis de este programa está en prevenir el abandono, la postración y la institucionalización, estando dirigido a adultos mayores autovalentes para fortalecer el vínculo con la municipalidad, vecinos, amigos y familiares. Actualmente alcanza a 35600 personas.

El programa tiene 3 ámbitos de acción:

- Apoyo personalizado y directo en el lugar de hábitat de los adultos mayores: este aspecto involucra el acompañamiento continuo del adulto mayor.
- Apoyo psicosocial: se ofrecen consejerías de unas 10 sesiones al año, ya sean individuales o grupales.
- Apoyo grupal en determinadas instancias especiales.

A.3 Servicio Nacional para la Discapacidad (SENADIS):

La Encuesta Nacional de Discapacidad, realizada el año 2004, arrojó que un 34% de los hogares cuenta con al menos 1 discapacitado y que la mayoría se encuentra entre los 15 y los 64 años.

En este contexto, y sumado a los esfuerzos recientes con miras a la población discapacitada, es que en el año 2010 el antiguo Fondo Nacional de la Discapacidad, también conocido como FONADIS, pasó a configurar el Servicio Nacional de la Discapacidad o SENADIS, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (ex Ministerio de Planificación). Este servicio fue creado tanto para responder específicamente a las necesidades de la población discapacitada de todas las edades, como para optimizar la gestión de iniciativas destinadas a este segmento.

En el marco de gestión de iniciativas con enfoque en la población discapacitada, SENADIS posee varias áreas encargadas de llevar adelante programas de rehabilitación, inserción social, y prevención de la discapacidad y su progresión. Además del área de salud, destacan las áreas de educación especial para personas discapacitadas y el área de trabajo enfocada en su inserción laboral.

En el área de salud, SENADIS financia programas a través de fondos concursables con un tope de 8 millones de pesos y una duración que varía entre los 7 a 9 meses para prevención y rehabilitación de personas inscritas en el registro nacional de discapacidad que requieren de intervenciones específicas para evitar la progresión de la discapacidad y de niños menores de 6 años con informe médico. Estos programas corresponden principalmente a centros de rehabilitación, recreación y educación de niños discapacitados.

SENADIS también entrega ayudas técnicas a discapacitados, a través de postulaciones realizadas en la municipalidad o el servicio de salud del hospital correspondiente. Las ayudas técnicas a las que se puede postular incluyen:

- productos antiescaras
- silla de ruedas
- ayudas técnicas para fonación, visión y audición
- ayudas técnicas para integración laboral y educativa
- endoprótesis
- órtesis
- prótesis
- apoyos para la marcha

A.4 El Cuidado Informal

El cuidado informal se ha definido como los cuidados proporcionados por familia, amigos, vecinos u otras personas al interior del hogar en un mundo privado, a personas ancianas, enfermas y dependientes. Desde el punto de vista sociocultural, se coincide en que está fundamentado en relaciones afectivas, de parentesco por "*asuntos familiares*" y de "*género*", siendo estas características que lo distinguen y afectan su visibilidad social. No es reconocido como un trabajo remunerado, por lo que típicamente no tiene valor de mercado y tampoco tiene límites de tiempo, asumiéndose muchas veces de elasticidad y gratuidad infinita. Por otra parte, esos rasgos tienden a menospreciar su real magnitud y valor tanto afectivo como de mercado.

Asimismo, se ha documentado en la literatura nacional⁴ e internacional que el cuidado informal, sobre todo de adultos mayores postrados, representa una tremenda demanda sobre todo considerando la remuneración informal o inexistente y la demanda de tiempo que significa. Los cuidadores informales pueden presentar problemas de salud, sociales y psicológicos directamente proporcionales a la carga de la atención, el transcurso del tiempo y el avance de la enfermedad o dependencia. En general, se presenta al menos una disminución de la motivación para el cuidado, lo que repercute en el adulto mayor.

En Chile, en la práctica, el cuidado informal se traduce en la atención básica al adulto mayor considerando la asistencia no profesional, siendo realizado en su mayoría por mujeres sin tener remuneración formal.

Es difícil encontrar cifras concretas o acabadas al respecto. Los datos y conclusiones existentes provienen de estudios realizados por centros de orientación sociocultural, escuelas de enfermería y de las iniciativas del Centro de Estudios de la Mujer (CEM) y el MINSAL, quienes, el año 2006, realizaron un estudio para visualizar y cuantificar la producción de cuidados de salud no remunerados desde el hogar de Chile. Concluyeron que el cuidado de salud no remunerado al interior del hogar se confunde con tareas domésticas y que tiene consecuencias a nivel personal y laboral, con abandono de trabajos remunerados, rendimiento irregular en trabajos asalariados, baja de ingresos, e imposibilidad de mejorar. Se corroboró además que el 90% de las labores de cuidado doméstico son realizadas por mujeres (situación que se corrobora con estudios internacionales e independientes en que las cifras oscilan entre 80 y 90%), destacando una importante migración peruana en la última década. El perfil típico de la cuidadora principal en general corresponde a una mujer desempleada y/o de bajo nivel educacional, responsable de las tareas domésticas que en general es familiar directo y/o convive con la persona cuidada, destacando las madres y las cónyuges. La atención realizada principalmente por varones es minoritaria; aquellos con ingresos bajos tienen en general menor probabilidad de desempeñar cuidados informales, tanto si se encuentran empleados como no.

Para cuantificar la demanda de tiempo, se ha intentado, por otro lado, utilizar encuestas de uso del tiempo por algunos organismos para dar cuenta del trabajo no remunerado realizado en el hogar; sin embargo, no han arrojado cifras duras que aporten significativamente al perfil ya mencionado de estos cuidados. El INE, sin embargo, utilizando esta misma herramienta, ha corroborado la fuerte diferencia de género, reportando que los hombres que realizan cuidados de personas en el hogar como actividad principal es mucho menor (menos del 10%); y que, de realizarse, las duraciones medias de tiempo del trabajo de cuidado de los hombres son cercanas a la hora y media versus las 2,4 horas de las mujeres.

4 Existen dos estudios de SENAMA: a) "Estudio de situación de los Adultos Mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios" y b) "Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial" junto con el INTA

En Chile, se reconoce que el aumento gradual de la importancia relativa de la población mayor de 65 años en las dos últimas décadas en conjunto con el aumento en la esperanza de vida, ha ampliado la carga de trabajo en los cuidados realizados "puertas adentro". En general, hay un cambio en el perfil de cuidado informal de niños y personas con discapacidad a adultos mayores con algún grado de dependencia o discapacitados. Asimismo, se reconoce que no existe aún una iniciativa definitiva que haya logrado modificar el curso de los cuidados informales, reconociendo su valor y otorgándoles reglamentación formal, si bien en la actualidad existen iniciativas que atañen directamente a la problemática, siendo tal vez la más directa el estipendio a la cuidadora anteriormente mencionado.

Al igual que el cuidado informal, es difícil entregar datos duros respecto de las instituciones de cuidado informal y de su magnitud para el adulto mayor dependiente. Sin embargo existen algunas instituciones, principalmente fundaciones sin fines de lucro que han destacado históricamente y son reconocidas por su labor enfocada en el adulto mayor. Entre ellas se encuentran la Fundación Las Rosas y el Hogar de Cristo. La Fundación Las Rosas alberga una población que se compone de un 38% de postrados, 23% de semivalentes y un 40% de autovalentes para 40 hogares que tienen cerca de 2400 adultos mayores. Por mes tienen un promedio de 30 vacantes de ingreso, recibiendo en promedio 180 solicitudes.

El Hogar de Cristo tiene un programa para el adulto mayor al que se puede postular si se es mayor de 60 años, con ingresos menores a 33 mil pesos, se es abandonado, sin apoyo o indigente, víctima de maltrato, alcohólico o inválido. En salud llama la atención el Programa de Atención en Hogares que contempla 1100 personas en la región metropolitana, que son atendidas en hogares y residencias, dándose vestuario, alimentación, atención de salud y cuidados especializados. Al respecto, El Hogar de Cristo posee un convenio con el departamento de Geriátrica de la Universidad Católica, en donde los residentes de Medicina Interna y Geriátrica tienen la posibilidad dentro de sus pasantías de realizar atención y cuidados especializados a los ancianos beneficiados por este programa.

A.5 Pensiones de invalidez

Las pensiones de invalidez son aquellas recibidas por personas que, sin estar en edad para jubilarse, sufren una enfermedad, debilitamiento o menoscabo de sus fuerzas físicas o intelectuales que causen una disminución permanente de su capacidad de trabajo. En la actualidad, revisten características diferentes de acuerdo al sistema previsional que las otorga: el nuevo sistema previsional de AFP y el pilar solidario establecido por la reforma previsional del año 2008, o el antiguo régimen administrado por el IPS (ex INP).

En nuestro sistema, la cobertura de esta pensión alcanza a aquellos afiliados que al momento de solicitar su beneficio no estén recibiendo pensiones de su administradora ni cumplan con los requisitos legales para obtener una pensión de vejez (60 años en la mujer y 65 en el hombre). Si se es funcionario público afecto al Estatuto Administrativo, una vez aprobada la invalidez se goza del beneficio de 6 meses de sueldo con cesación o retiro del cargo al término de los 6 meses como condición para recibir la pensión. En el caso de que se esté bajo una licencia médica se goza de ella mientras no se apruebe la invalidez. Por otro lado, si se puede seguir trabajando, se recibe el 100% de la pensión si se gana un monto menor o igual al sueldo mínimo establecido por la ley (182 mil pesos), que disminuye conforme suben los ingresos hasta ser 0 si se gana más del doble de ese monto.

Para los afiliados al Instituto de Previsión Social, la declaración de invalidez es realizada por las Comisiones Médicas, Preventivas e Invalidez (COMPIN) del MINSAL, declarando tanto la condición de invalidez como su grado. Para afiliados a AFP y beneficiarios del Pilar Solidario (pensiones solidarias y aporte previsional solidario de invalidez) las Comisiones Médicas de Invalidez realizan esta labor.

El afiliado está obligado a concurrir a la Comisión Médica si así lo resuelve el facultativo que visite su domicilio y si es necesario realizar exámenes debe cancelar parte del costo, tras lo cual las solicitudes se resuelven en un plazo de dos meses. El monto de la pensión está determinado por el grado de invalidez: En IPS, entre el 40 y el 70% de invalidez recibe una Pensión de Invalidez Parcial, equivalente al 35% de la renta promedio mensual. Si es superior al 70%, se recibe una Pensión de Invalidez Total que equivale al 70% de la renta promedio mensual. Si la incapacidad obliga al trabajador a requerir ayuda de terceros para realizar actos básicos de la vida diaria. Se recibe una Pensión por Gran Invalidez, lo que equivale al 130% de la Pensión Total.

En el caso de las AFP, la invalidez total considera pérdida de capacidad de trabajo de al menos dos tercios, mientras que la parcial se encuentra entre el 50 y el 66%. En las AFP se puede optar asimismo en varias modalidades de disposición del dinero de las cuentas individuales del afiliado beneficiado, desde retiros programados del dinero acumulado en su cuenta individual hasta renta vitalicia. Por otro lado, si el trabajador está cubierto por un Seguro de Invalidez y Sobrevivencia, se toma como cálculo de base la renta promedio de sus últimos 10 años. En caso contrario se calcula en base a las expectativas de vida de su grupo familiar.

Por último, las pensiones solidarias de invalidez son otorgadas por el Estado a través del IPS a personas inválidas que no tienen derecho a pensión en ningún régimen previsional o que tienen una pensión insuficiente. Consiste en la Pensión Básica Solidaria de Invalidez, destinada a personas entre 18 y 65 años al 55% de las familias más pobres que hayan vivido en Chile al menos 5 años durante los 6 años anteriores a la solicitud, sin derecho a pensión en ningún régimen previsional. Alcanza los 75 mil pesos mensuales; y el Aporte Previsional Solidario, en que la persona cotizo en algún régimen previsional pero su pensión de invalidez es inferior a la Pensión Básica, recibiendo la diferencia.

Capítulo 3.

Los Seguros sociales de la dependencia en países desarrollados

Por lo general, una pensión media suele no alcanzar para pagar los elevados gastos que representan los cuidados especializados que requieren las personas de mayor edad, por lo que recientemente algunos países han puesto en marcha un nuevo seguro social incorporado a la seguridad social, para proteger la contingencia de la dependencia o de los cuidados de largo plazo.

En términos generales los sistemas tienen características comunes y diferenciales identificables, por ejemplo en los Estados Unidos existe una cobertura para este riesgo mediante pólizas que ayudan a enfrentar los gastos de cuidar a una persona discapacitada, llamado "seguro de cuidados a largo plazo" ("long-term care"), o a través del sistema Medicare. También Alemania, en enero de 1995, introdujo un sistema de seguro obligatorio para ayudar a los miembros de las familias que precisan cuidados, trasladando la carga financiera al nuevo Seguro de Dependencia Social. En este seguro, todos los ciudadanos están obligados a cotizar en el marco de un sistema de seguro de salud estatal o privado.

Japón introdujo este seguro de asistencia en abril de 2000 (llamado Kaiko Hogen), siguiendo el modelo Alemán pero diferenciándolo fundamentalmente en su financiamiento. En efecto, además de la cotización que aportan todos los ciudadanos mayores de 40 años, el Estado y los municipios contribuyen al fondo respectivo.

En general, en los países en que se ha implantado este seguro, se tiene cuidado de definirlo como una herramienta de cobertura social avanzada (se habla del cuarto pilar), que no sustituye el seguro de salud ni mitiga la necesidad de ahorrar para la jubilación. No obstante, existen grandes diferencias en los sistemas de protección social de la dependencia en los diferentes países, los cambios que se están realizando tienden a centrarse más en la diversificación de los sistemas, siendo el contexto en cada caso completamente diferente. Esto implica que las soluciones difieren de país a país. En los próximos puntos se intenta un breve análisis comparado de los sistemas más relevantes en el mundo.

A.1 El Catálogo de beneficios

La naturaleza de las prestaciones que ofrecen este tipo de aseguramiento varía entre países. De este modo en Alemania y Luxemburgo se orientan más bien hacia el seguro de enfermedad mientras otros países, entre los que destaca Austria, prefieren una integración entre el seguro de dependencia y el seguro de invalidez. Sin embargo, en el escenario europeo la tendencia es a conformar sistemas mixtos y en términos generales, aquellos países que no han desarrollado una línea propia y separada, distribuyen su protección entre el seguro de enfermedad y la asistencia social.

La preferencia de los distintos regímenes de dependencia se centra en las prestaciones en especie (Portugal, Suecia, Noruega y Países Bajos) que, en algunos casos, pueden ser sustituidas por prestaciones económicas o pecuniarias (Alemania, Flandes, Luxemburgo). Si bien es cierto que existe una relativa armonización de los contenidos de los servicios prestados (residencias, ayudas a domicilio, tele-asistencia etc.), los montos de las prestaciones son muy dispares y de difícil homologación.

Tabla 33: Montos Máximos de Prestaciones económicas (son mensuales o anuales?)

PAIS	MONTO MAXIMO DE LAS PRESTACIONES
Austria	1.562 Euros
España(*)	1.350 Euros
Alemania(**)	1.432 Euros

Fuente: Elaborado a partir de Blay, 2007 y Observatorio Europeo, 2009.

(*) Cálculo propio del máximo posible para enero de 2009 con datos según European Observatory, 2010.

(**) Representa el techo de la protección.

A.2 Financiamiento y gasto de los seguros sociales para la dependencia

Desde la perspectiva del financiamiento, como en otras ramas de la Seguridad social, los Sistemas contributivos y no contributivos se reparten en toda la geografía de la dependencia europea. Así, por ejemplo, en Dinamarca, Finlandia y Suecia, el Sistema de cobertura de la dependencia se basa en una cobertura universalista con financiamiento público fiscal. En cambio, en Alemania, se ha creado un seguro propio que se financia totalmente con las cotizaciones (al igual que la seguridad social de salud). No obstante, en el conjunto de la protección de dependencia pueden detectarse algunos elementos realmente innovadores y originales (impuestos que gravan el patrimonio o sobre el consumo de electricidad o los carburantes) y una mayor incidencia del financiamiento no contributiva.

La participación del interesado (co-pagos o "ticket moderador") tampoco responde a criterios únicos. Sin embargo, la tónica general es que estas prestaciones, en lo referente a los montos de las prestaciones económicas, estén sujetas a control del gasto familiar o a umbrales de ingresos. Sin embargo, en países cuyos sistemas de seguridad social son de raíz puramente bismarckiana, como Alemania y Luxemburgo, se otorgan plenos derechos a los interesados, con independencia de sus recursos, siendo únicamente el grado de dependencia el que sirve para calcular y conceder las prestaciones correspondientes.

El régimen más evolucionado es el de Alemania que, como se ha señalado, es de raíz puramente bismarckiana y totalmente contributivo. La presencia de sistemas de capitalización en este seguro, ante el dominio de los sistemas de reparto, es mínima o anecdótica. La razón estriba probablemente en la universalidad de la protección, su carácter público, la necesidad de una cobertura global y la dificultad de adaptar la fórmula de financiación individual a la problemática de la dependencia. Lo que sí se está extendiendo, en cambio, es el desarrollo de regímenes voluntarios sustitutivos para aquellas personas excluidas o autoexcluidas de los regímenes legales, o bien la implantación de regímenes complementarios para otorgar una protección adicional. En el caso alemán, todos los trabajadores (e individuos que obtengan cualquier tipo de ingresos) deben estar asegurados contra la dependencia, los empresarios y los trabajadores pagan igual porcentaje sobre el salario (1,7% en 2007) y los propios jubilados también contribuyen al seguro.

Tampoco la participación de este gasto dentro del producto de las economías europeas responde a resultados homogéneos. Midiendo este gasto en protección, como el porcentaje sobre el producto interno bruto de los distintos seguros de dependencia, en la década pasada las cifras oscilan entre 0,1% del PIB y el 3,8% del PIB.

Tabla 34: extremos y promedio del gasto en protección de la dependencia la década pasada

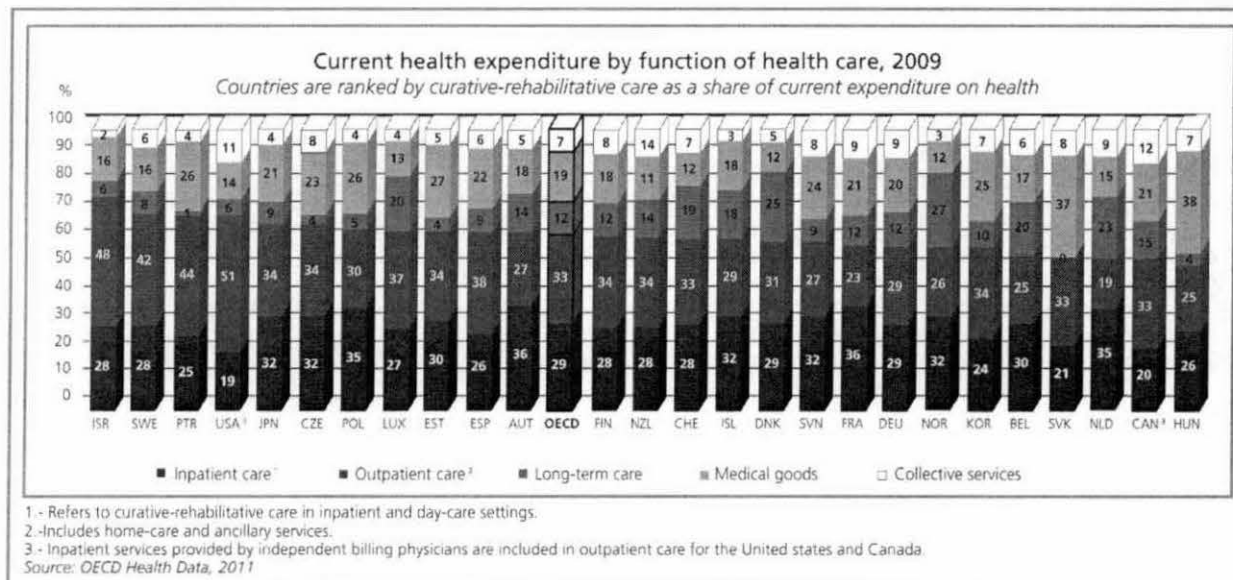
PAIS	% DEL PIB
Suecia	3,8%
Polonia	0,1%
Unión Europea década pasada	0,9%.

Fuente: Elaborado a partir de Blay, 2007 y Observatorio Europeo, 2009.

A.2.1 El sistema de Cuidados de la Salud de Largo Plazo en los países de la OECD

Para los países miembro de la Unión Europea, la estimación del incremento progresivo del gasto que; para el año 2050, podría alcanzar el 2,3% del PIB, según estimaciones de la Comisión Europea, o del 3.1%, según los cálculos de la OCDE. En este sentido, serán aquellos países con procesos de envejecimiento más pronunciados (Grecia, España, Italia, Portugal y Polonia) los que deban afrontar las mayores cargas porcentuales en los próximos años.

En los países de la OECD los sistemas de Long-Term Care son reportados en estadísticas interesantes (OECD, 2011). De este conjunto de países al menos 26 cuentan con sistema de aseguramiento de la dependencia y gastan en promedio un 12% del gasto total en salud en ellos, poco menos de la mitad de lo que gastan en servicios hospitalarios (29%).

Gráfico 22: Participación del gasto en seguros de dependencia en los gastos en salud en países de la OECD, 2009

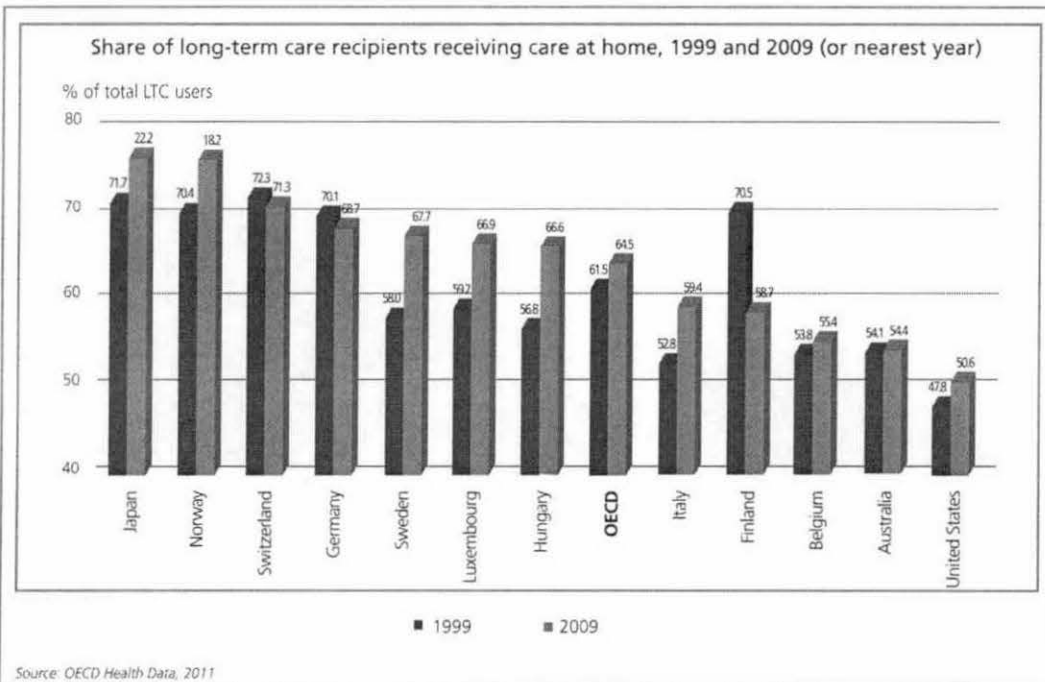
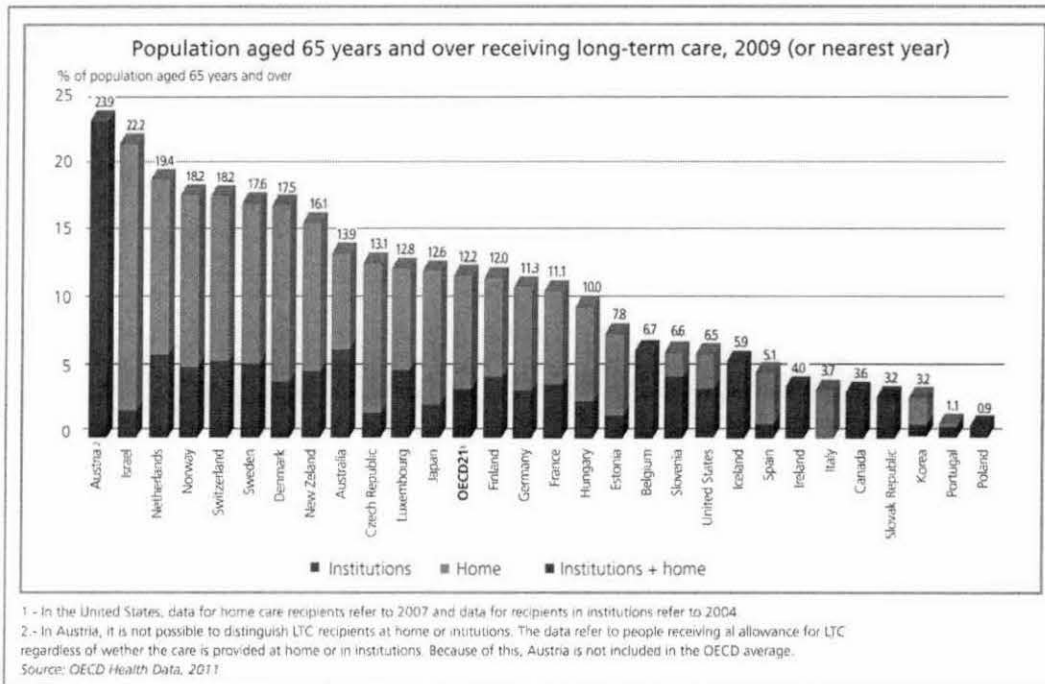
En los informes de la OECD se registra también los resultados de una encuesta acerca de estado de salud autoreportado y discapacidad para las personas por sobre los 65 años, y por ejemplo Chile aparecen el número 20 del ranking (de 32 países la organización) respecto de la población sobre 65 años y declarando tener buena salud en el año 2009 con un 37,1% en el tope del ranking se encuentran Nueva Zelandia, Estados Unidos, Canadá Dinamarca y Suiza con valores que superan el 75%. España ocupa el lugar 19 con 48,6% y Alemania el 22 con 38.5%

En prevalencia de demencia en mayores de 60 años Chile ocupa un lugar positivo dentro del primer tercio de países con 5%, el promedio es 5.5% con Francia, Italia, Suiza y España a la cabeza con valores por sobre el 6,2%. Alemania alcanza el 5.8% de prevalencia de demencia.

En los países de la OECD que cuenta con el sistema long-term care, que son 30 de ellos (la gran mayoría), en promedio el 12, 2% de las personas por encima de los 65 años se encuentra recibiendo atención (2009) en este seguro social. Se encuentran liderando este ranking Austria e Israel, con sobre el 20% de personas usando el sistema, seguidos por países como Holanda, Noruega y Suiza por están por sobre el 18%. En el rango inferior encontramos a Polonia y Portugal con cerca del 1% de utilización, realmente muy bajo, y luego Corea, Eslovaquia, Canadá, Italia e Irlanda entre el 3% y 4%. España se ubica en el 5,1% de uso y Alemania en el 11,3%.

Por otra parte, con información para 13 países, en promedio, en 2009 el 65,5% de las personas en el sistema, recibe atención domiciliaria lo que aumentó en casi todos los países desde 1999. En algunos países como Japón y Noruega esto alcanza el 77% en Alemania el 69%. Tal como muestra el gráfico del último informe de la OECD sobre salud (OECD, 2011) que hemos reproducido.

Gráfico 23: Población siendo atendida y atendida con servicios de atención domiciliaria en seguros de dependencia de países de la OECD, (2009 o año cercano)



En estos países, además, se ha generado un mercado del trabajo importante en torno al seguro de tal forma que los trabajadores del sistema de seguro de la dependencia representan un 5,3% sobre la población que cuidan, en promedio, con países que alcanzan el 13% como Suecia. Este indicador en el caso de España es de 4,4% y el caso de Alemania de 3,8%.

A.3 Acceso y condiciones para el acceso

La mayoría de los Estados no condiciona el acceso a las prestaciones a la cobertura de periodos de seguro o de residencia. No obstante, hay excepciones donde sí se exigen condiciones de esta naturaleza.

Tabla 35: Condiciones de Acceso a las prestaciones en algunos países de la UE

PAIS	COBERTURA DE PERIODO DE SEGURO O DE RESIDENCIA
Alemania	cinco años
Grecia	4.050 días
Italia	cinco años
Irlanda	156 contribuciones
Luxemburgo	1 año para los asegurados voluntarios

Fuente: Elaborado a partir de Blay, 2007 y Observatorio Europeo, 2009.

No obstante lo anterior, existen condiciones de acceso que tienen que ver con la clasificación y certificación del nivel de dependencia ya que ello define, después, las prestaciones a las que se puede optar.

Respecto al ámbito de aplicación territorial de las coberturas, la norma general es la aplicación uniforme en todo el espacio geográfico nacional. Sin embargo, existen excepciones significativas. Bélgica ha establecido únicamente en la región de Flandes un seguro de dependencia, mientras que en la región de Valonia no se ha optado por esta solución. Del mismo modo, en Austria y en Italia existen diferencias regionales. En los países nórdicos las diferencias son municipales, tal como ocurre en el sistema japonés, al tener las comunas la competencia en este ámbito. En España aunque el seguro social de la dependencia es nacional, presenta diferencias notables en su implementación a nivel de las distintas comunidades autónomas que conforman el país.

A.4 Tipología de modelos y Resúmenes de casos escogidos

A continuación se presenta un cuadro resumen-comparativo de las principales características de los sistemas en distintos países en lo concerniente a financiamiento, beneficios, cobertura y prestadores.

Tabla 36: Resumen del análisis comparado

PAIS	FINANCIAMIENTO	BENEFICIOS	COBERTURA	PRESTADORES
ALEMANIA	1,7% salario por igual empresa – empleado	Necesidad de tener cuidado: atención domiciliar profesional, cuidados institucionales y prestación en metálico.	71 millones de personas cubiertas.	11.000 unidades que ofrecen cuidados domiciliarios (4% proveedores públicos)
ESPAÑA	Impuestos del gobierno central y comunidades autónomas y co-pagos	Servicios o prestaciones económicas: Promoción de autovalencia y prevención de la dependencia, tele asistencia, ayudas a domicilio (atención de necesidades del hogar, cuidado personal, centros de día y de noche), servicios atención residencial	Según grado (moderada, severa, gran dependencia) y nivel de dependencia (dos niveles por cada grado, según autonomía e intensidad del cuidado requerido)	Red de instituciones públicas de servicios sociales de la Comunidades Autónomas y privadas acreditadas como ONGs
ITALIA	Impuesto locales y generales (nacionales)	Necesidad de ayuda por una o más discapacidades. 37% de 65 o más años recibe cuidados informales. 40% cuidados formales y 23% cuidados institucionales.	Más del 2,2 % de la población, de los que el 45% supera los 65 años.	Década pasada casi un 12% de las familias recibía ayuda informal externa. En cuanto a los cuidados formales están: los privados domiciliarios, públicos domiciliarios y públicos institucionales, estos últimos con una cobertura de 2,2% de la población de más de 65 años.
REINO UNIDO	National Health Service (NHS) y las autoridades locales, estos últimos ejecutan el gasto público en cuidados de larga duración	El Estado cubre tanto cuidados institucionales, como los domiciliarios. La mayoría de los cuidados se proporcionan en el hogar del individuo. Para los cuidados institucionales, los más importantes son las residencias privadas, enfocado a personas discapacitadas	Los servicios NHS se proporcionan en los mismos términos a toda la población, mientras que los servicios locales se proporcionan a personas de bajos ingresos.	Prestadores públicos ha ido descendiendo, en tanto el N° de camas institucionales independientes se incrementa.
FRANCIA	Subsidio personalizado financiado a partir de un fondo nacional específico con financiamiento de seguridad social.	Independiente de los cuidados, se define por la necesidad de ayuda a la hora de realizar actividades de la vida diaria	Menos de un millón de personas recibían cuidados de larga duración, los cuales 54% residía en su domicilio y 46% en residencias.	De las plazas residenciales, en torno a un 10% corresponden a unidades sanitarias de cuidados de larga duración.

SUECIA	Financiamiento principalmente con impuestos locales recaudados por los municipios y solo 5% con copago.	Se privilegia quedarse en el hogar y maximizar el tiempo de independencia, de entre las mejores alternativas que garanticen buenas condiciones de vida	Más de un 16% de la población anciana, con importantes diferencias de cobertura, costos y servicios ofrecidos entre municipios.	Fuerte incremento de privados con 9 prestadores que concentran el 70% del total de cuidados privados.
USA	Fuentes tanto públicas como privadas. Fondos públicos: Medicaid y Medicare, en tanto los privados se basan en seguros privados y pagos de los propios individuos.	Medicaid para población de menores ingresos con asistencia domiciliaria y hospitalaria. Medicare, seguro social para mayores de 64 años. Sector gran desarrollo, frenado por complejidad de contratos.	Cerca de un 16% de la población anciana recibía cuidados de larga duración.	Crecimiento de residencias privadas, con similar número de agencias de atención domiciliarias (en torno a 15.000).
JAPON	Partes iguales entre impuestos y primas de seguros de población de 40 años financiados en partes iguales por empleado y empleador.	Personas entre 40 y 65 años que sufran enfermedad relacionada con la edad. Abarca cuidados institucionales, domiciliarios y médicos	6% población anciana recibía cuidados en instituciones y el 5% cuidados formales en el hogar.	37% alojamiento permanente, 34% cuidados diarios y 26% centros de soportes.

Fuente: Elaborado a partir de Blay, 2007 y Observatorio Europeo, 2009.

Aunque en el ámbito europeo se mantiene la competencia exclusiva de los Estados miembros para regular sus sistemas de protección social (y por tanto, el seguro de dependencia), también el derecho comunitario, debido a la competencia residual que le otorga el Tratado, interviene y se ocupa de la problemática existente.

El método abierto de coordinación se basa en la evaluación comparativa de resultados, en el intercambio de buenas prácticas y en la mejora de la coordinación de los Estados miembro de la Unión Europea, constituye un instrumento útil que se ha mostrado muy activo en el campo de los cuidados de larga duración o seguro de dependencia en la Comunidad de países miembros, articulando tres principios informadores fundamentales:

- Accesibilidad y universalidad: velar por que todos puedan acceder a una asistencia de calidad, independientemente de los ingresos o del patrimonio.
- Mejora de la calidad: incrementar la transparencia y la calidad de los sistemas de asistencia, fomentando la evaluación correcta de las técnicas, de los productos sanitarios y de las estructuras de atención.
- Sostenibilidad financiera: lograr un ritmo de evolución en el contexto de políticas dirigidas a mejorar la calidad de las finanzas públicas y a garantizar un financiamiento adecuado de la asistencia y cuidados.

Estos tres principios, pueden servir como fórmula para articular una respuesta adecuada a desafíos que todos los sistemas de cuidados de larga duración o seguro de dependencia están o deberían estar ya afrontando. Sin embargo, puede constatarse que, en muchos supuestos y a pesar de la universalidad se supone deben caracterizar a dichos sistemas, subsisten, en el mundo desigualdades y dificultades manifiestas de acceso a los

cuidados. Asimismo, la oferta de servicios de calidad es a veces insuficiente en relación a las necesidades de la población, produciéndose graves desajustes entre la oferta y la demanda. Finalmente, los desequilibrios financieros pueden quebrar la sustentabilidad de los sistemas, lo que les impediría el cumplimiento y ejecución de sus fines.

(1) Resúmenes de casos

Alemania

Alemania introdujo el seguro de dependencia en 1995, transformándose en caso clave a nivel internacional. El sistema complementó los pilares de la seguridad social alemana existente hasta ese momento: seguros de enfermedad, desempleo, pensiones y seguro de accidentes. El sistema cuenta con 709 mil beneficiarios en régimen residencial (32%) y 1,54 millones en régimen domiciliario (68%) (Büscher, 2010). El incremento medio anual de beneficiarios fue de 3,2% entre 1996 y 2002, pero el aumento en los últimos años 2003 a 2006, no superó el 1% anual.

El sistema alemán clasifica a sus beneficiarios en varias categorías, a saber: dependencia moderada, dependencia severa, gran dependencia y además estando en alguno de estos niveles se puede optar a la categoría de especial necesidad.

El catálogo de beneficios del seguro contiene prestaciones y servicios como los siguientes:

- compensación económica en el entorno familiar (47,4% del total de prestaciones),
- prestación de servicios en centros residenciales (28,0%),
- prestaciones económicas vinculadas a la contratación del servicio (8,8%) y
- la combinación de ambas compensaciones económicas (10,1%).
- Hay otras opciones como la atención de cuidadores, los centros de día y los centros de noche, que apenas se reflejan en la estadística. (Cifras a finales de 2006).

En el régimen domiciliario el 44,7% de las personas eran mayores de 80 años, mientras que en el régimen residencial más del 62,7%.

También el seguro tiene un componente privado con pocos beneficiarios (93 mil en entorno familiar y 41 mil en residencias).

Desde su creación en 1995, en el año 1999 el seguro por primera vez registró un déficit que continuó hasta 2004, que según los informes, se debió al lento incremento salarial y retroceso de la cifra de trabajadores sujetos a seguridad social en Alemania. El déficit bajó en 2005 desde 820 millones de euros a 360 millones por la vía de aumentar la cuota a los trabajadores de 23 y más años y sin hijos desde 0,85% de los ingresos a 1,1%. Los empresarios también pagan una prima que se mantuvo en 0,85%. De este modo, en 2006 se registró un superávit de 450 millones de euros por el adelanto del pago, pero en 2007 el déficit estaba llegando a 526 millones de euros. Por su parte, el seguro privado de dependencia, desde 1995, ha acumulado superávits y reservas por 16.400 millones de euros.

En 2010, las contribuciones al seguro son de 1,95% y 2,2% para adultos sin niños, de los sueldos mensuales. (Büscher, 2010)

El seguro de dependencia es obligatorio y gasta el 5% de sus recursos en administración. La estructura del gasto indica, además, que en 2006 el 50,6% del gasto se realizó en el ámbito de la atención residencial, el 23,5% en concepto de compensación económica en el entorno familiar y el 14,1 % en prestaciones en especie. Desde 1995 se observa un aumento continuo del gasto por atención residencial mientras el aumento en especie en asistencia domiciliaria es bajo.

Por encargo de los seguros de dependencia, los seguros de salud valoran el estado de dependencia y proponen la clasificación de los beneficiarios. El proceso de valorización y clasificación demora en promedio 40,9 días (2006) en el caso de la valoración a domicilio y de 30,9 días en las residencias. De este modo, de la evaluación realizada en 2006, el 15% se concluyó que no era dependencia, 46,5% nivel I, 31,5% nivel II, 7,1% nivel III.

Respecto de los costos, los costos de la asistencia a domicilio y residencial se encuentra estandarizado a través de tarifas persona/mes, para cada uno de los 3 niveles, lo mismo el de los Centros de noche, Cuidados de respiro y Cuidados de residencia.

Si el seguro resulta insuficiente y para la persona o familiares no puede financiar los servicios adicionales, se puede solicitar una prestación social, de estos el 39% no tienen derecho a servicios o prestaciones del seguro de dependencia por no estar afiliados o porque la necesidad no califica según la normativa.

Respecto de la infraestructura de los servicios de dependencia, ésta es competencia de los "landers". El sistema domiciliario cuenta con 11 mil prestadores de servicio en 2005 y con 214 mil empleados para atender a 472 mil personas. La mitad son enfermeras, o cuidadores profesionales con una formación de 3 años. El 57,6% de los prestadores de servicios son empresas privadas (40), 6 entidades sin lucro y 1,8% entidades públicas. En la atención residencial, los registrados son 10,400 residencias con 546 mil empleados, atendiendo a 676 mil personas. De los empleados 33,6% son enfermeras o cuidadores profesionales y de los registrados, 38,1% son empresas privadas, 55,1% entidades sin fines de lucro y 6,7% entidades públicas.

El gobierno hace control de calidad con estándares y apoya con medidas para mejorarlos. El servicio médico del seguro sanitario ejerce esta función de control de calidad en la práctica.

Tabla 37: Características del seguro social para la dependencia Alemán

2,25 millones de personas están en necesidad de atención y son elegibles para el seguro LTC		
1,54 millones (68%) son cuidadas en sus propios hogares		709.000 (32%) son cuidados en hogares de ancianos
1,03 millones de personas solo con cuidado familiar informal	504.000 personas usan un profesional de servicios de atención domiciliaria	
61,8% Nivel I	52,2% Nivel I	35,7% Nivel I
29,9% Nivel II	35,4% Nivel II	42,3% Nivel II
8,3% Nivel III	12,1% Nivel III	20,5% Nivel III
	11.500 servicios de atención domiciliaria con 236.000 empleados	11.000 hogares de ancianos con 574.000 empleados

Fuente: Euro Observer.

España

La ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia se promulgó en España en el año 2006 y regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención de las personas dependientes por medio de la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD) que responde a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, integrándose al sistema de seguridad social del país.

La ley dispone además de este sistema, las prestaciones (o el catálogo de servicios) y los grados de dependencia en que calificarán las personas con los criterios básicos para su evaluación. El sistema se financia con impuestos generales del gobierno central, con aportes de las comunidades autónomas y con copagos. El catálogo lo componen Servicios o prestaciones económicas:

- Promoción de autovalencia y prevención de la dependencia,
- Tele asistencia,
- ayudas a domicilio (atención de necesidades del hogar, cuidado personal, centros de día y de noche) y
- servicios de atención residencial.

La ley dispone además de este sistema, las prestaciones (o el catálogo de servicios) y los grados de dependencia en que calificarán las personas con los criterios básicos para su evaluación. El sistema se financia con impuestos generales del gobierno central, con aportes de las comunidades autónomas y con copagos. El catálogo lo componen Servicios o prestaciones económicas:

- grado I (discapacidad moderada),
- grado II (discapacidad grave) y
- grado III (alta dependencia).

El beneficio está dirigido a todo individuo con nacionalidad española, o a cualquiera que tenga 5 años de residencia en el país con los dos últimos años inmediatamente anteriores al momento de solicitar el seguro. Los beneficios monetarios que entrega tienen usos específicos, están libres de impuestos, y están dirigidos al contrato de servicios privados cuando los servicios públicos no están disponibles, subsidios al cuidado informal, y contratación de cuidado profesional.

Estas prestaciones están sujetas tanto a la situación económica de los beneficiarios como al grado de dependencia o discapacidad de los mismos, y se reducen de forma proporcional si es que se reciben prestaciones por discapacidad adicionales. La prestación, sin embargo, no puede ser inferior al 40% de la asignación original para asistencia personal y al 75% de la prestación para el cuidado informal (OCDE, 2011).

Los beneficios en especie se entregan tras la evaluación de las necesidades del individuo, y la decisión de recibirlos se toma en conjunto con la familia del beneficiario. Se entregan tanto servicios de atención domiciliaria como instituciones y centros de día. Están, al igual que las prestaciones monetarias, sujetos a la renta del individuo (OCDE, 2011).

Tabla 38: Características del Catálogo de beneficios del seguro social para la dependencia Español

Catálogo de beneficios de LTC Español	
1 Servicios de prevención de la dependencia y de promoción de autonomía personal	
2 Servicios de Teleasistencia	
3 Servicios de ayuda a domicilio	
Atención de necesidades del hogar	Cuidados personales
4 Servicios de Centro de Día y Noche	
Centro de Día para Mayores	Centro de Día para menores de 65 años
Centro de Día de atención especializada	Centro de Noche
5 Servicio de Atención Residencial	
Residencia para personas mayores en situación de dependencia	Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.
6.- Prestaciones Económicas	
Prestación económica vinculada al servicio	Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
De asistencia personal para personas con gran dependencia	

Fuente: Euro Observer.

Francia

Francia y los Estados Unidos tienen los mercados privados de seguros de dependencia más desarrollados existentes (OCDE 2011, Courbage y Roudot 2010). En ese contexto, el mercado de Estados Unidos sigue estando dirigido a un nicho; en Francia, el mercado de seguros de dependencia abarca a cerca del 15% de la población superior a 40 años (frente a un 5% en Estados Unidos). Esto no significa, sin embargo, que no existan políticas públicas desarrolladas para proteger a quienes necesiten cuidados de larga duración.

El año 2002 se estrenó el programa APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie, dirigido a la población de 60 años o mayor que ha caído en situación de dependencia. Entrega beneficios monetarios para apoyar los costos de dependencia: en caso de que el beneficiario se encuentre recibiendo servicios en casa, recibe un aporte para el pago de servicios del hogar; en caso de estar institucionalizado, recibe un apoyo para los costos que esto implica, el cual en promedio llega a 33% (OCDE 2011). El programa establece un umbral de renta bajo el cual el beneficio es completo, y sobre el cual se va reduciendo progresivamente. La población con mayores ingresos debe enfrentar un copago, que puede llegar incluso a ser de un 80% de los costos totales. Los beneficios son entregados a través del sistema nacional de salud.

El enfoque principal del programa está en usar el beneficio para contratar a un cuidador, que puede ser un familiar, excepto el o la cónyuge.

El APA es administrado por las comunidades locales, que evalúan a los postulantes y posteriormente definen un plan de acción personalizado determinado por un grupo social-médico. El concepto de dependencia ("pérdida de autonomía") está bien definido y es bastante estricto: necesitar ayuda en al menos tres actividades de la vida diaria (Gleckman 2010).

El origen de este programa es en la reforma al anterior programa de beneficio específico a la dependencia (SPD) de 1997, cuyas exigencias eran más estrictas y que entregaba prestaciones en base a puntaje en función de la renta. El APA no entrega prestaciones en función de renta sino que establece un umbral, sobre el cual los beneficios se reducen de forma progresiva (Morel 2007).

El sistema establecido en Francia tiene un enfoque asistencial, pensado para permitir libertad de elección, con un enfoque hacia el cuidado familiar, porque resulta más barato que financiar cuidados formales, y porque existe la visión generalizada de que una intervención estatal excesiva puede afectar la solidaridad familiar. El beneficio monetario busca que cada dependiente se provea el tipo de cuidado que más le plazca, y los convierte en empleadores privados que se proveen de servicios baratos en informales de cuidado (Morel 2007).

El financiamiento del programa está basado completamente en impuestos nacionales y locales. Por otro lado, el programa asegura equidad territorial, por lo que aquellas localidades con menores recursos reciben apoyo del gobierno central. Quién garantiza equidad territorial en la provisión de servicios, y garantiza el financiamiento de la política, es la Caisse National de Solidarite pour l'Autonomie (CNSA).

El APA, sin embargo, no es el único programa en apoyo a quienes han caído en dependencia. Desde el Servicio de Salud Pública se establecen programas de cuidado institucional y de cuidado formal en casa, dirigido a todo miembro de la población que haya caído en situación de dependencia. Además, existen beneficios impositivos para quienes se han vuelto dependientes, con el fin de apoyar el gasto en servicios de cuidado y apoyo con actividades de la vida diaria.

Durante su primer año de vida, se estimaron costos de US\$ 3,6 mil millones. Hacia 2010, los costos eran de US\$ 4,9 mil millones (Gleckman 2010). El costo creciente del programa y la inesperadamente alta participación en éste de parte de la población llevó al gobierno de la época a reformar el beneficio durante el 2003, destacando una dramática reducción del umbral de los 949 al mes originales a 623 al mes. Bajo el umbral el beneficio es completo (Morel 2007).

Estados Unidos

En los Estados Unidos, la cobertura por cuestiones de dependencia se da a través de Medicaid, programa de seguridad social en salud financiado en conjunto por el gobierno federal y los gobiernos estatales, dirigido a entregar prestaciones en salud y monetarias en función de los recursos a individuos con bajos ingresos, cualquiera sea su edad. Los requisitos para recibir cobertura de Medicaid, a parte de los requisitos físicos, es que primero los usuarios gasten todos sus recursos personales.

Por otro lado está Medicare, que entrega asistencia para gastos en salud a los mayores de 60 años y que está financiado a nivel federal. Este programa, sin embargo, no entrega servicios de cuidado de larga duración, sino que se enfoca en gastos médicos, como horas médicas, visitas médicas cortas y hospitalizaciones temporales (OCDE, 2011).

La cobertura es un apoyo para quienes tienen menos recursos, pero es complejo para la clase media, que efectivamente debe agotar todos sus recursos y empobrecerse para poder participar (Gleckman 2010).

Una vez seleccionado, los servicios entregados al beneficiario dependen de sus necesidades personales. Éstos se dividen en dos tipos: servicios institucionales, para personas con completa dependencia que necesitan monitoreo constante, y servicios en el hogar y la comunidad, cuando existe relativa independencia. Los cuidados institucionales, para operar legalmente, deben cumplir con una serie de disposiciones que la autoridad estatal les exija, y además, participar del sistema Medicaid. Todos estos servicios ofrecen ayuda con actividades de la vida diaria y cuidado las 24 horas del día, siendo otros aspectos como el apoyo con medicamentos parte de la oferta voluntaria de los servicios (OCDE, 2011).

Los servicios en el hogar y la comunidad son entregados tanto por iniciativas públicas y privadas que ayudan a las personas en estado de dependencia a mantenerse viviendo en su casa y en contacto con la comunidad. Incluyen centros de día, visitas de asistentes sociales, servicios médicos, apoyo a los cuidadores informales, incluyendo descanso, y otros (OCDE, 2011).

Actualmente una de las mayores críticas que se tienen contra Medicaid es su sesgo hacia la institucionalización del beneficiario. Estuvo recientemente en discusión el Acta CLASS (Community Living Assistance Services and Support), un programa de seguro de dependencia público y voluntario, que entrega un beneficio monetario para ser utilizado por el beneficiario para contratar los servicios que éste considere pertinentes, formales o informales, sin tener que verse forzado a institucionalizarse, además de entregarle mayor autonomía al individuo. Sin embargo, el programa fue retirado de discusión en octubre pasado al considerarse inviable.

Japón

El sistema de seguro de dependencia en Japón nace el año 2000 en medio de un grave reto frente al aumento de la población mayor, la disminución del número de nacimientos y la dificultad que era para las familias cuidar de éstos (Gleckman 2010). Un tercio de los AM dependientes o enfermos se quedaban en el hospital, donde tenían servicio gratuito, por un año o más, debido a la falta de otros servicios de cuidado de larga duración disponibles.

En tal contexto nace el Seguro de Cuidados de Larga Duración, política pública con al menos cinco objetivos definidos (Gleckman 2010): Incrementar el nivel de independencia de los AM enfermos, reducir la carga sobre sus familias, alinear mejor beneficios y primas, proveer mayor cuidado comprehensivo integrando programas médicos y de dependencia, y reducir el número de hospitalizados.

El programa es legislado por el gobierno central del país, y administrado por los municipios. El criterio de elegibilidad es estándar en todo el país. No entrega dinero, sino servicios, tanto de cuidados en el hogar como en instituciones de distinto tipo. Los cuidados al hogar pueden ser entregados por prestadores con fines de lucro, mas el cuidado institucional no puede ser entregado con estos fines.

Se financia a través de un sistema de reparto, en el cual el copago de los beneficiarios cubre un 10% de los costos de la entrega; un 45% lo cubren los contribuyentes; y el restante 45% lo cubren los ingresos por impuestos, con un 22,5% recayendo sobre el gobierno nacional, y el otro 22,5% dividido en partes iguales

entre la prefectura y los municipios (Instituto Nacional de Investigación de la Población y la Seguridad Social, 2011; OCDE, 2011; Gleckman, 2010).

Los contribuyentes son trabajadores entre 40 y 65 años deben pagar un aporte de 0,9% del salario, dividido en partes iguales entre empleador y empleado. Los mayores de 65 años deben pagar una prima que cubre cerca del 17% del coste del programa. Estos valores logran cubrir el 50% de los costos (Gleckman 2010).

Los beneficios de este programa son entregados de forma estricta y completa a los mayores de 65 años que cumplen con los requisitos para poder tomar el seguro, los que son denominados "asegurados de primera categoría". Los asegurados de segunda categoría son todos aquellos entre los 40 y los 64 años que son cubiertos de manera parcial por enfermedades como Parkinson, demencia o derrame cerebral (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón: Ogura, Suzuki y Zhou, 2005). Una vez separados en estos dos grupos, establece en cada uno de ellos cinco niveles de necesidad, definidos según la evaluación realizada al solicitante, lo que lleva a un plan de entrega de servicios definido.

Hacia el 2010, el programa entregaba beneficios a casi todos los postulantes. Sin embargo, del total de gente certificada como en necesidad de cuidados de larga duración solo un 82% de éstos (un 2,8% de la población total) elegía recibir beneficios, y en promedio, quienes recibían el beneficio solo utilizaban cerca de la mitad del beneficio máximo al que tenían derecho (Gleckman, 2010).

Por otro lado, se han tenido que hacer constantes revisiones y recortes de beneficios al programa, debido a los crecientes gastos que ha significado su aplicación. Estos gastos van a seguir aumentando. Se ha tomado como medida fomentar la prevención de la dependencia a través de un beneficio asociado al seguro y establecido a nivel comunitario que entregue servicios destinados a mejorar el estado físico, la salud mental, la salud bucal y el estado nutricional (OCDE, 2011).

Reino Unido

El sistema existente en el Reino Unido se parece a Medicaid, en el sentido de que la entrega de los servicios se hace en base a la renta de los beneficiarios (Gleckman 2010). El sistema de cuidados de larga duración posee casi las mismas características en todo el Reino Unido, pero la administración está separada en cada uno de los países miembros (Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia y Gales).

El sistema se financia a través de una mezcla de subvenciones del gobierno central, ingresos tributarios de los gobiernos locales y copago de los usuarios. La elegibilidad está dada por la riqueza del postulante, tal que personas con activos por sobre las £36.000 no son elegibles.

Tradicionalmente se han entregado servicios en especies. Aparte del servicio de enfermería, que es entregado por el sistema nacional de salud de forma gratuita, los servicios sociales se entregan exigiendo un copago determinado en base a los ingresos del beneficiario.

También desde hace unos años se están entregando ciertos beneficios monetarios. La Disability Living Allowance (DLA) es entregada a todo aquél que sufra de algún problema que provoque dependencia desde hace tres meses mínimo –y que lo mantenga en dependencia por al menos seis meses más– y que sea menor de 65 años. Para aquellos que tienen 65 o más, se entrega la Attendance Allowance, que exige demostrar al menos seis meses de problemas que generen dependencia. Estos beneficios son iguales para todos más allá de su renta, trabajen o no, y están exentos de impuestos.

Suecia

Las municipalidades son los principales proveedores de servicios sociales para personas en estado de dependencia en Suecia, siendo parte del Estado de Bienestar, lo que pone al sector público en la tarea principal y única de entregar estos servicios.

Los beneficios del sistema de cuidado de larga duración en Suecia están disponibles para toda la sociedad. Tras la evaluación de un "administrador de cuidado", se obtiene el beneficio correspondiente a las necesidades del postulante. Si el individuo no es calificado a recibir beneficios o la decisión tomada por la autoridad no es de su agrado, puede apelar a una corte administrativa (OCDE, 2011).

Las prestaciones entregadas por el sistema se dividen en atención institucional, centros de día y de noche y cuidado en el hogar, los cuales son entregados a través de una mezcla de prestadores públicos y privados, además de apoyo monetario para cuidadores informales. La entrega y disponibilidad de estos servicios varía dependiendo del municipio en el que se encuentre el beneficiario. Estos servicios son todos pagados por los municipios. Se ha empezado a introducir en estos años mecanismos para fortalecer la capacidad de elección del individuo para tomar servicios, fortaleciendo la competencia y calidad del mercado (OCDE 2011), si bien la adaptación de un sistema de elección de consumidor es voluntaria para cada municipalidad (Karlsson, Iversen y Øien, 2010).

Existen también subvenciones para organizaciones voluntarias que quieran complementar la entrega de servicios mencionados. Las municipalidades también deben proveer de cuidados a personas en estado de dependencia que hayan pasado por hospitalización.

En cuanto a financiamiento, éste se basa principalmente en impuestos locales generales al ingreso, en tasa plana. El valor de esta tasa varía a través de las municipalidades. Además, se cobran honorarios por servicio a los usuarios dependiendo de su ingreso. Esto es complementado por subvenciones del gobierno central que tiene el fin de igualar el nivel de ingresos por impuestos locales a fin de igualar la situación entre municipalidades y permitir entregar un servicio más o menos uniforme. También existe un cobro de honorarios por servicio, cuyos límites están estandarizados y que se calcula en base al nivel de renta, metodología también estandarizada, estableciendo una diferencia con el general de los programas en el país, que tienden a tener cobros a tasa fija en sus otros programas (Karlsson, Iversen y Øien, 2010). En base a datos de la OCDE, los costos son cubiertos por impuestos en un 85%, por honorarios en un 3% - 4%, y por subvenciones en un 11% - 12%.

Suecia reconoce la importancia de los cuidadores informales, entregando varios beneficios para éstos. Destacan beneficios para el cuidado de enfermos terminales, subvenciones del gobierno, descanso asegurado, grupos de apoyo y una asignación por asistencia a quienes se encuentran en estado de dependencia para pagar por el cuidado informal de sus familiares (OCDE 2011).

Italia

Italia actualmente tiene al 20,4% de su población sobre los 65 años y a 5% de ésta sobre los 80 años, lo que lo convierte en uno de los países más envejecidos de la OCDE, según datos de esta misma institución. Su sistema de protección a la dependencia, parte de su sistema de seguridad social, está afectado por una alta fragmentación institucional, dado que las responsabilidades administrativas y financieras sobre el

programa están repartidas sobre las municipalidades y sobre las autoridades regionales, cada una con su propio modelo administrativo regional (Tediosi y Gabriele 2010).

El Instituto Nacional de Previsión Social entrega una asignación monetaria mensual a toda persona en situación de dependencia, más allá de su situación socioeconómica, llamado *Indennità di Accompagnamento*, el cual no está restringido en su uso, por lo que el beneficiario puede disponer de éste como mejor le parezca. Busca mejorar las condiciones de vida del dependiente y apoyar a la familia del beneficiario por el cuidado informal (Tediosi y Gabriele, 2010). En Italia, la familia sigue siendo el principal proveedor de cuidados (Da Roit y Le Bihan 2010), existiendo responsabilidades legales sobre las familias para el cuidado de sus miembros. En este sentido, el cuidado a adultos mayores en instituciones o a través de proveedores formales es marginal.

Los requisitos para recibir la *Indennità* son tener un 100% de discapacidad o dependencia para actividades de la vida diaria, y no estar internado en una institución donde los costos son cargados al Estado (Tediosi y Gabriele, 2010). Actualmente el beneficio se encuentra en los 472 (Tediosi y Gabriele, 2010).

La evaluación de los individuos está definida bajo criterios particulares para cada servicio de salud local, o ASL, el cual en base a estos criterios define si el individuo se encuentra en una situación de dependencia, por lo general a través de la evaluación de un equipo multidisciplinario (Tediosi y Gabriele, 2010). La metodología de evaluación suele estar basada en estándares internacionales, sin embargo esto no hace que sean iguales para todas las regiones y localidades. Además, la evaluación se hace partiendo por la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, dejando de lado las actividades instrumentales para la vida diaria a la hora de definir la dependencia. Una vez evaluado se define el nivel de necesidad y el tipo de proveedor al cual acudir, excepto en Lombardía, donde existe libertad para elegir tipo de proveedor (Tediosi y Gabriele, 2010). De todos modos, la decisión de con quien atenderse es libre dentro del tipo de proveedor asignado por necesidad.

Los servicios entregados por estas políticas se dividen en servicios de salud, beneficios monetarios y servicios sociales. Los beneficios de salud y sociales son entregados tanto en instituciones como en el hogar. Las municipalidades suelen entregar otros beneficios monetarios aparte de la *Indennità*, pero no hay un estándar sobre montos y requisitos para las entregas (Tediosi y Gabriele, 2010). Estos tres tipos de servicios están sujetos a la renta de los beneficiarios.

Por un lado, la *Indennità* permite entregar autonomía y libre elección al individuo. Sin embargo, aún es necesaria una política central que coordine los otros servicios a la dependencia entregados a nivel local, y genere coherencia, control y equidad territorial en éstos (OCDE 2011).

Figura 1: Estructura del Seguro Social para la dependencia de Alemania



Figura 2: Estructura del Seguro Social para la dependencia de Japón

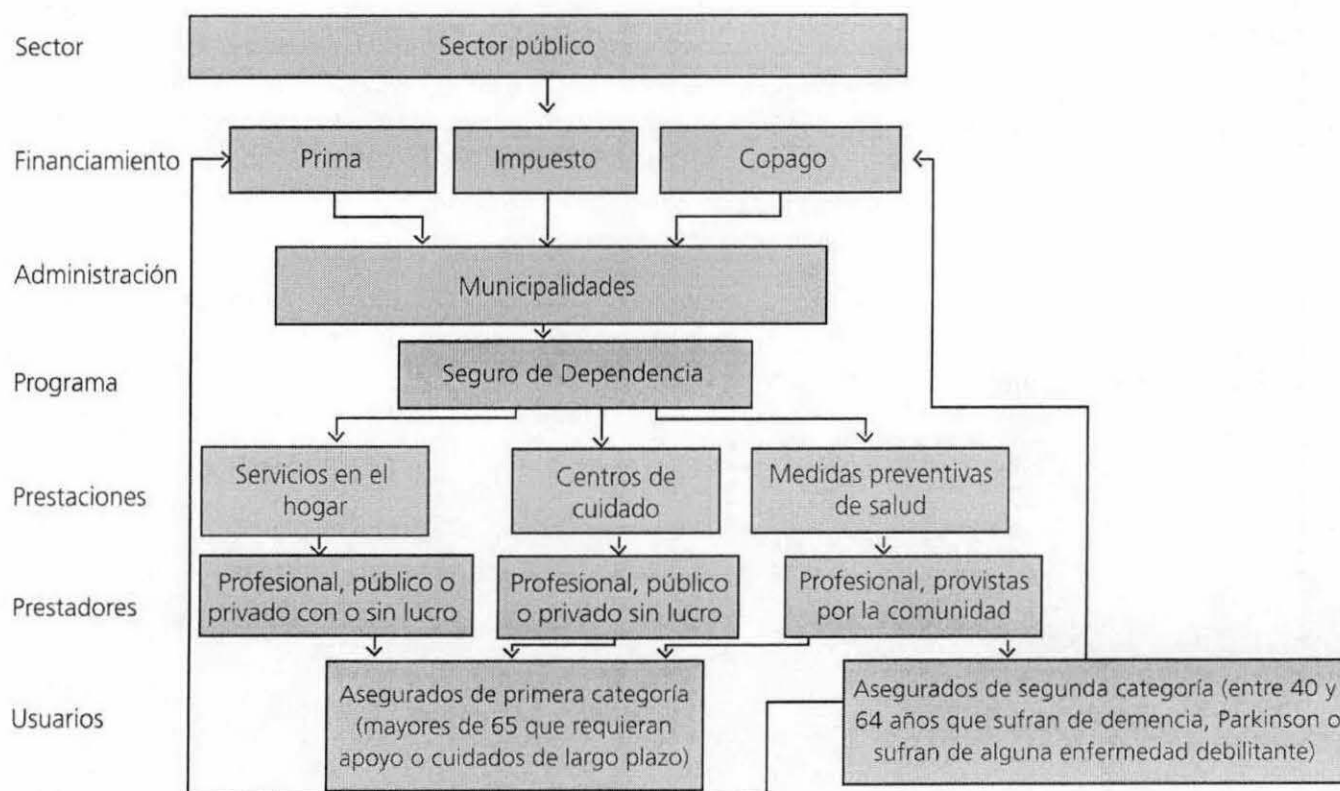


Figura 3: Estructura del Seguro Social para la dependencia de los Estados Unidos

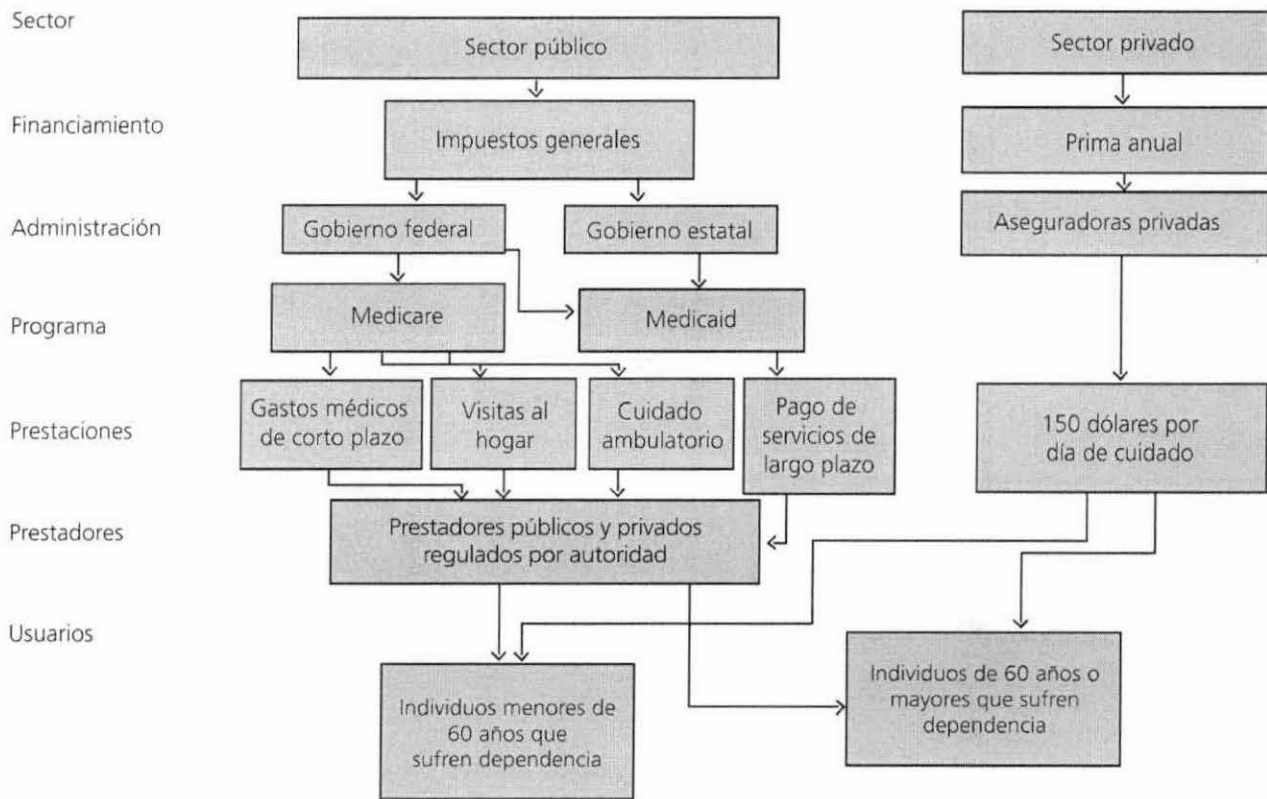


Figura 4: Estructura del Seguro Social para la dependencia de Francia

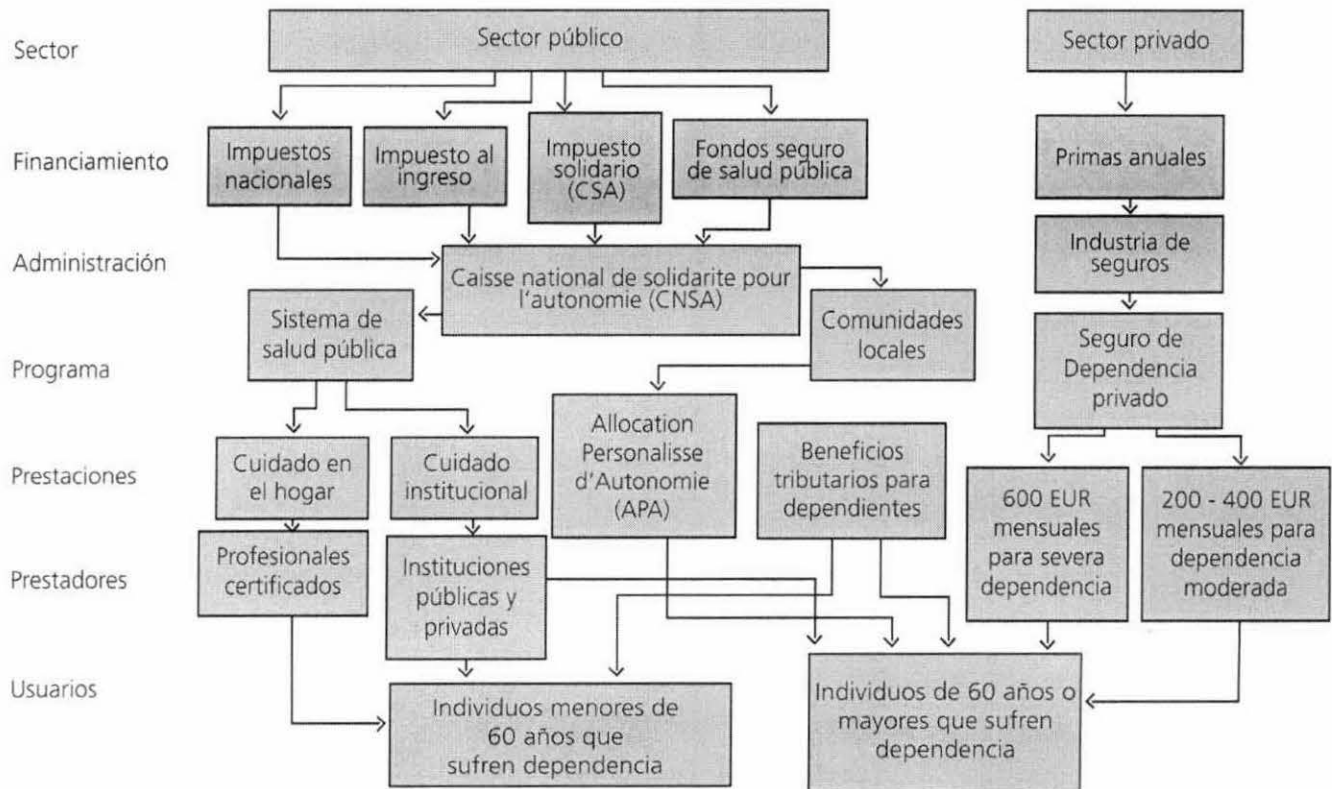


Figura 5: Estructura del Seguro Social para la dependencia de España

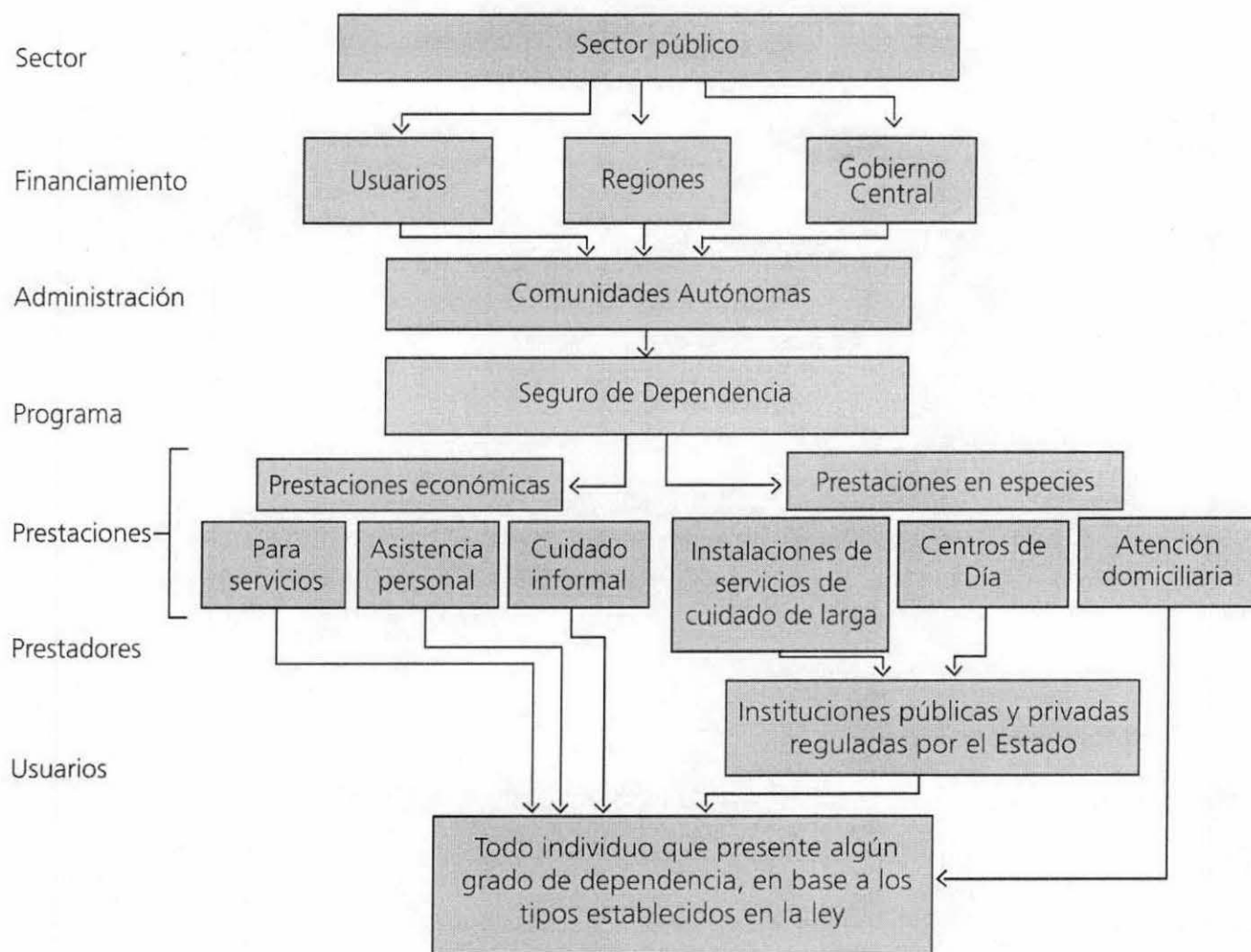


Figura 6: Estructura del Seguro Social para la dependencia de Italia

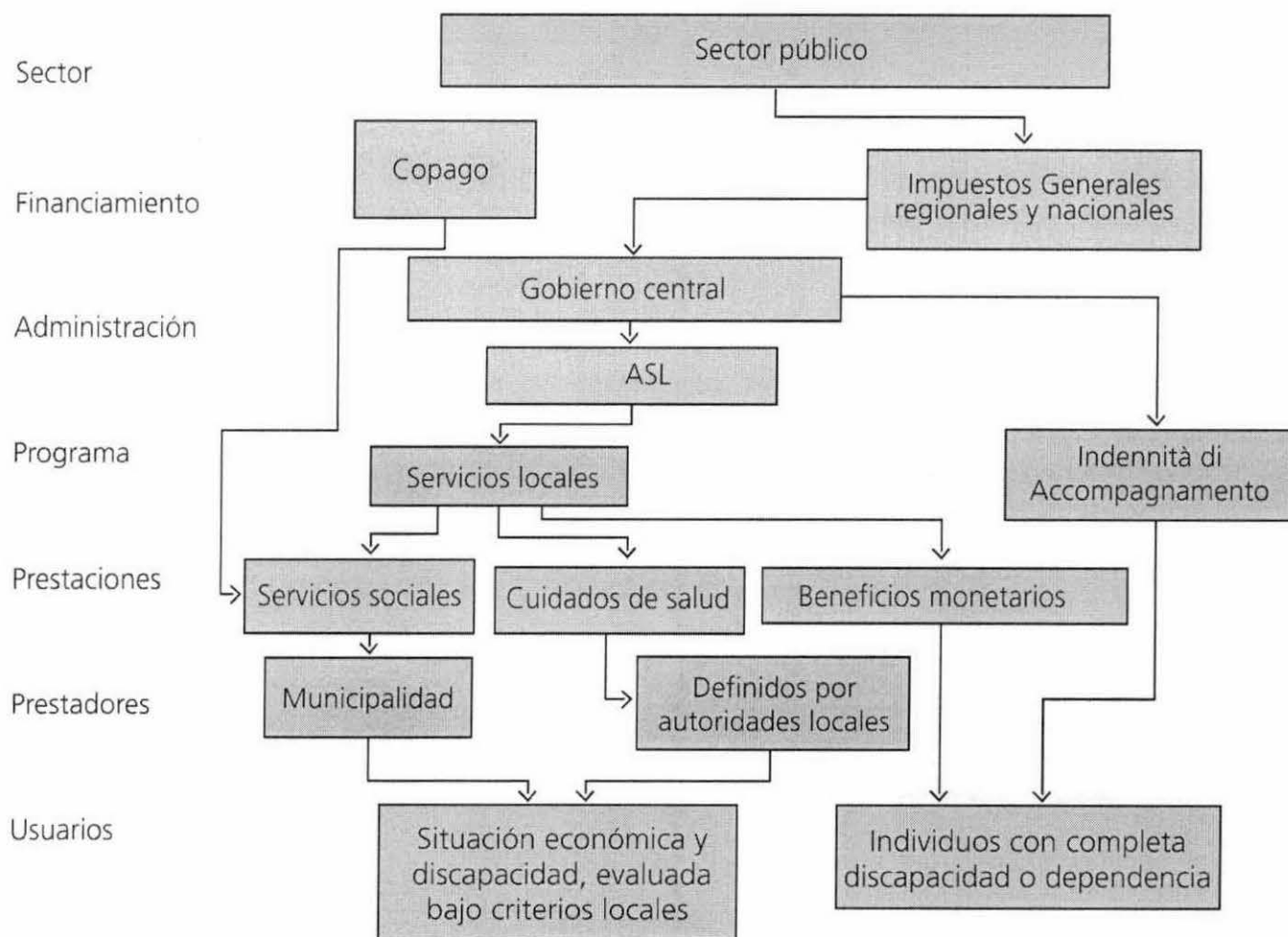


Figura 7: Estructura del Seguro Social para la dependencia del Reino Unido

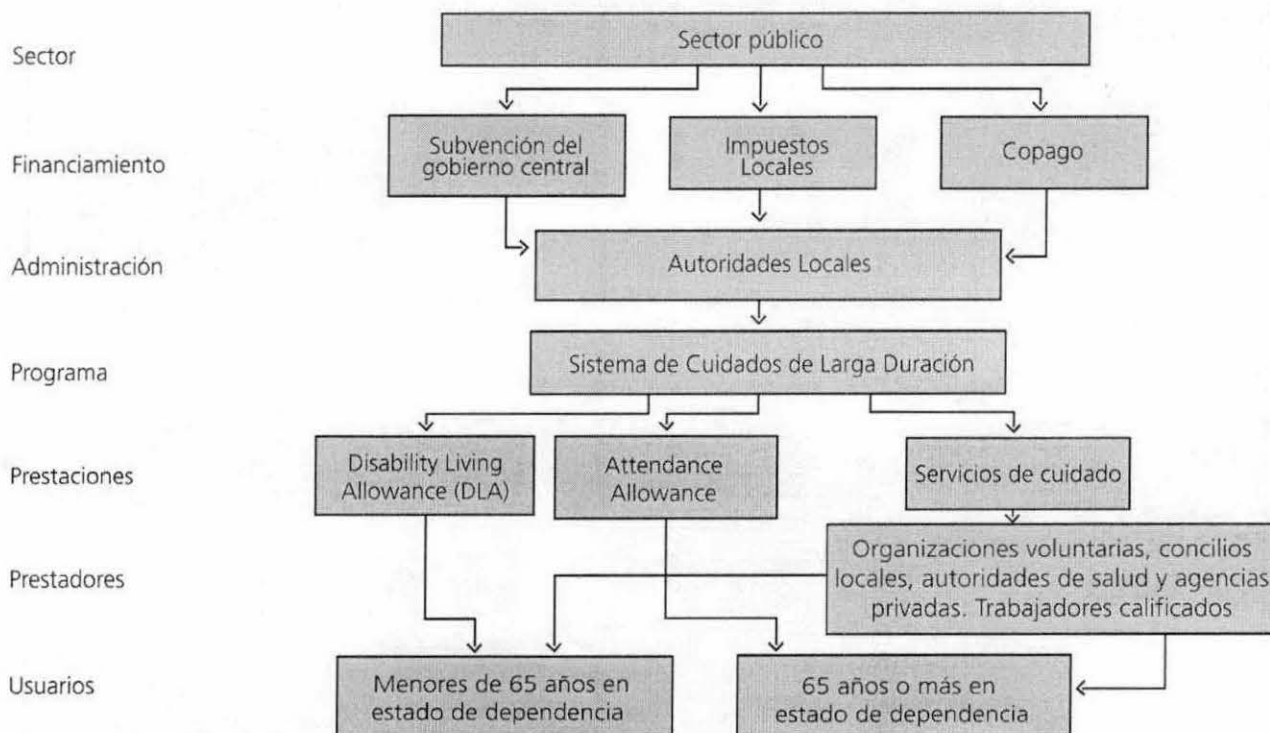


Figura 8: Estructura del Seguro Social para la dependencia de Suecia



Capítulo 4.

Propuesta de Seguro de Protección a la Dependencia para Chile

De acuerdo a los antecedentes reunidos sobre los modelos de seguros de protección a la dependencia en el mundo, éstos presentan algunas características distintivas de todos los seguros sociales: se regulan a través de una ley de aplicación nacional, son supervisados por una autoridad pública, sus prestaciones, financiamiento y administración es regulada por ley, y su cobertura es de alcance nacional. Dependiendo de las características de la organización política y administrativa de un país, entidades locales juegan roles más o menos relevantes, tanto en la entrega de las prestaciones como en el financiamiento del seguro. Además y en relación a la prioridad y recursos que el país le asigna a esta área de la política social, la cobertura de los sistemas puede focalizarse en los adultos mayores, o ampliarse hacia dependientes de otras edades. Los servicios pueden incluir prestaciones que van desde el cuidado en el hogar –de distinto tipo e intensidad– hasta retribuciones esencialmente monetarias, pasando por la posibilidad de atención en centros comunitarios de día, de noche y las residencias permanentes.

En el presente capítulo se presenta el detalle de la propuesta para atender la dependencia de los adultos mayores en Chile.

A.1 Principios generales

Si bien en los países desarrollados, duplicar su población adulta mayor de 65 años y más requirió un tiempo de entre 50 y 100 años, según estimaciones realizadas por la Oficina del Censo de EEUU en 2001, Chile sólo requerirá 25 años para duplicar su población adulta mayor -contados desde el año 2000-. Por lo tanto, si se toman como base las tendencias de la demanda por asistencia social y sanitaria de dicha población, se concluye que, en un mediano plazo, de no mediar la implementación de políticas sociales que promuevan la autonomía y mejoren el estado de salud y funcionalidad de los adultos mayores, el país -a través del Estado fundamentalmente- deberá atender el mayor gasto social que se derive del proceso de envejecimiento de la población⁵.

Las soluciones que los países desarrollados han establecido para atender el problema del envejecimiento de la población en materia de las personas que se encuentran en situación de dependencia, han considerado el diseño de mecanismos que se basan, preferentemente, en la entrega de servicios comunitarios que provean prestaciones de cuidados personales.

Aunque en el pasado dichas atenciones y cuidados fueron otorgados directamente por la familia, en la actualidad, tales cuidados en los países desarrollados se han organizado en los servicios denominados usualmente como “cuidados de largo plazo”, establecidos a través de diferentes modelos de atención y de financiamiento, con progresiva responsabilidad del Estado.

Dado lo anterior y considerando que Chile se acerca al conjunto de países que muestra mayores niveles de

⁵ Estudio de la Dependencia realizado por la Superintendencia de Salud. 2008

desarrollo, CIEDESS estima pertinente presentar, para el análisis y discusión de la política pública, un modelo que se estructure bajo un seguro social que proteja progresivamente a la población adulta mayor dependiente y que responda a las particularidades que la seguridad social del país ya tiene, y que sirven de base para definir los siguientes principios orientadores de esta propuesta.

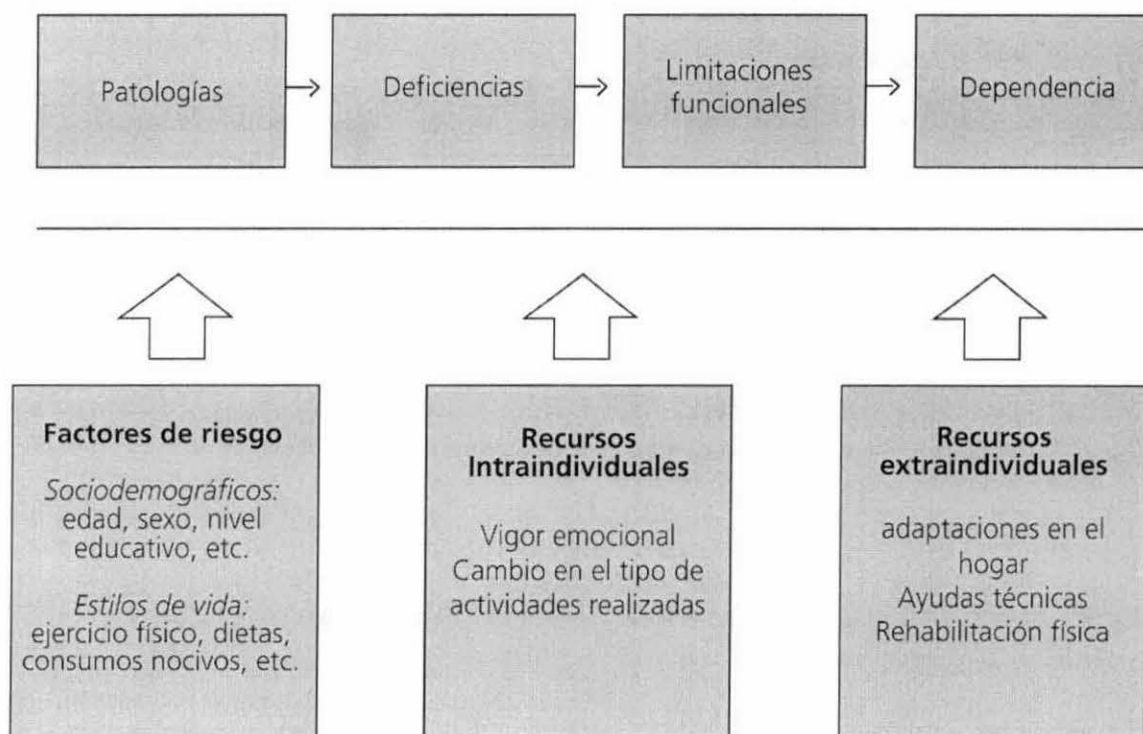
1.-Atención a la discapacidad y dependencia que no es cubierta por los sistemas previsionales de salud.

Técnicamente, la discapacidad puede definirse como la “limitación funcional o cognitiva de un adulto mayor en contextos sociales”, siendo la brecha entre las capacidades de la persona y las demandas del entorno, es decir, lo que exige el medio para poder desarrollar sus actividades, roles o tareas sociales. En este sentido, se puede señalar que las enfermedades y las deficiencias se relacionan más con funciones (o disfunciones) orgánicas de la persona, mientras que la discapacidad y dependencia se vinculan más con su función social. Es decir, la discapacidad no es solamente un concepto médico, ni un problema de salud, sino más bien social, dificultad o incapacidad que obliga a la persona que la padece, a solicitar ayuda de otra, para realizar sus actividades cotidianas –o sociales–.

En este sentido, no es un problema de salud sino más bien de la esfera social. Teniendo presente lo anterior, podemos decir que el atributo de dependencia se corresponde, en general, con un proceso temporal en el cual, los individuos van perdiendo sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales. También encontraremos casos de individuos cuya dependencia no se corresponde con este proceso temporal, sino más bien con malformaciones congénitas o problemas de salud mental. Por otra parte, también existen individuos que no habiendo nacido con problemas físicos o mentales, producto de accidentes pierden dichas capacidades, transformándose en individuos dependientes.

Si nos abstraemos por un momento de los dos últimos casos de posibles individuos con dependencia, nos quedamos con aquellos individuos que caen en dependencia producto de un proceso más o menos acelerado de pérdida de capacidad física y/o cognitiva. En este último caso, hablamos de un proceso conocido en la literatura como la senda principal, la cual trata de describir las etapas por las cuales pasaría un individuo hasta caer en una situación de dependencia y que se sintetiza en la siguiente Figura ⁶.

6 Página 13 Estudio citado previamente.

Figura 9: Modelo de Verbrugge y Jette sobre el proceso de dependencia

Fuente: Jaume Puig-Junoy, David Casado y Ana Tur. Informe "Epidemiología y costes de la Dependencia en personas mayores diabéticas: situación actual y perspectivas de futuro" Centre de Rerserca en Economia i Salut – CRES. Universitat Pompeu Fabra.

En dicho marco, esta propuesta de diseño de un seguro social para atender la dependencia, en lo referido a sus prestaciones, no considera aquellas que ya le corresponden cubrir al sistema previsional de salud, como son las atenciones médicas, quirúrgicas y de rehabilitación derivadas de una enfermedad.

2.- Financiamiento compartido y no incremento de costos.

Para el financiamiento del seguro de dependencia que se propone, se establece la idea de reunir los recursos que demande su aplicación, con el aporte de distintas fuentes, que incluyan: recursos que se recauden con la finalidad de configurar el financiamiento del seguro; copago de los beneficiarios; aporte eventual de municipios donde residan los beneficiarios; y, aportes del Estado.

En todo caso, se establece la importancia y posibilidad de sustituir gastos que actualmente existen, para no incrementar costos de ningún tipo. El objetivo es buscar las alternativas de transferencias de recursos que financien este seguro sin que aumenten los costos vigentes de la seguridad social en que incurren ya sean trabajadores o pensionados, como empleadores o Estado.

Adicionalmente se proponen alternativas, basadas en que la normativa vigente permite cierta holgura. Como última instancia se establece la necesidad de un copago, que estaría en función de la gradualidad en que se implemente el seguro.

Además, la puesta en marcha puede hacerse en forma gradual, lo que permitiría graduar tanto el alcance como la demanda de recursos que la práctica del seguro vaya estableciendo.

3.- Progresividad en la aplicación.

En el caso de Chile, en este trabajo se ha tenido en mente la posibilidad de aplicación de un modelo progresivo en el tiempo, que parta con un conjunto básico de prestaciones, focalizándose en las más urgentes y que vaya creciendo en la medida que el financiamiento disponible así lo permita. De este modo, como se apreciará más adelante, se propone comenzar con un catálogo asociado básicamente al cuidado y asistencia domiciliaria.

4.- Administración privada y especializada

Con el objetivo de obtener una mayor eficiencia y disminución de costos, se ha adoptado la postura de traspasar la administración a una entidad privada ya existente. En este sentido, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar cumplen una serie de características que se imponen sobre otras entidades de seguridad social.

Una de las ventajas de mayor importancia para las Cajas es la cobertura que poseen sobre la población objetivo del seguro, es decir, los adultos mayores. A diciembre de 2011 existían 1.391.941 pensionados afiliados a las Cajas, correspondientes al 60,6% del total de adultos mayores del país (2.298.414⁷) y al 83,2% del total de pensionados en igual fecha.

Adicionalmente las Cajas cuentan con capacidades de administración en base a múltiples beneficios sociales, infraestructura adecuada y con presencia en todas las Regiones del país, lo que potencia la focalización desarrollada en este estudio.

No obstante lo anterior, y dadas las especializaciones del seguro, es muy probable que se originen nuevas instituciones en el ámbito de la capacitación, certificación y fiscalización.

5.- Supervisión integrada del Estado

El carácter de seguro social vincula directamente al Estado la responsabilidad de fiscalizar y supervisar el normal funcionamiento y administración de las prestaciones que se definan, independientemente si el esquema asignado involucre a privados y/o entidades públicas.

En la sección referente a la institucionalidad y gestión del seguro que se desarrolla más adelante, se entrega la estructura de entidades que participarían, siendo algunas instituciones públicas claves para esto.

7 Total población de 60 y más años en 2011 según proyecciones del INE.

A.2 Catálogo de beneficios básico

En base a la experiencia internacional y teniendo en cuenta la estructura de las instituciones y programas dedicados al adulto mayor, la propuesta inmediata de canasta de beneficios a cubrir por un seguro que más se ajusta a las necesidades actuales y la realidad reportada en Chile tanto por SENAMA como por otras instituciones, así como por los estudios realizados al respecto, debe cubrir el cuidado y la asistencia domiciliaria del adulto mayor dependiente.

Al respecto, se propone un modelo de seguro que para la definición de sus beneficios pondera la complejidad y el tiempo de cuidado, de acuerdo al nivel de dependencia del adulto mayor, su grado de compañía y la cantidad de tiempo que sus cuidados demanden en promedio.

Dependiendo de los tres factores mencionados, al adulto mayor dependiente se le asigna de base un cuidador al que se suma la atención de un auxiliar/técnico paramédico y/o una enfermera profesional dependiendo de la ponderación de los tres factores mencionados. Resulta así una canasta de beneficios que considera al menos un cuidador domiciliario (con formación básica) y la atención de un técnico paramédico y/o una enfermera universitaria de acuerdo a la clasificación del adulto mayor. Esta canasta de beneficios daría respuesta a la necesidad más urgente en el corto plazo y sería razonable de implementar al no involucrar la creación de nuevas instituciones u organismos.

En el contexto del modelo propuesto, la siguiente tabla representa una posible ponderación de la complejidad del cuidador domiciliario de acuerdo a la estimación de la cantidad de horas de cuidado, según la calificación del adulto mayor de acuerdo a dependencia y grado de compañía:

Tabla 39: Parámetros del Catálogo de beneficios del seguro social para la dependencia en Chile

Persona Mayor dependiente moderada				
	VIVE SOLA	COMPAÑÍA ADULTA SOLO DÍA	COMPAÑÍA ADULTA SOLO NOCHE	COMPAÑÍA ADULTA DÍA Y NOCHE
CUIDADORA	de: 4hs./3v. sem.	de: 2hs./2v. sem.	de: 4hs./3v. sem.	de: 2hs./2v. sem.
	a: 8 hs./diarias	a: 1 hs./diarias	a: 8 hs./diarias	a: 1 hs./diarias
TECNICO ENFERMERIA	de: 2hs./cada 2 sem	de: 1hs./cada 2 sem	de: 2hs./cada 2 sem	de: 1hs./cada 2 sem
	a: 2 hs./cada 4 sem	a: 1 hs./cada 4 sem	a: 2 hs./cada 4 sem	a: 1 hs./cada 4 sem
ENFERMERA UNIVERSITARIA	No	No	No	No

Persona Mayor dependiente severa				
	VIVE SOLA	COMPAÑÍA ADULTA SOLO DÍA	COMPAÑÍA ADULTA SOLO NOCHE	COMPAÑÍA ADULTA DÍA Y NOCHE
CUIDADORA	de: 12hs./diarias.	de: 2hs./4v. sem. de día	de: 12hs./diarias.	de: 2hs./4v. sem. de día
	a: 24 hs./dia-noche	a: 4 hs./diarias de día	a: 24 hs./dia-noche	a: 24 hs./dia-noche
		más noche: 12 hs.		
TECNICO ENFERMERIA	de: 1hs./3 v. sem	de: 1hs./2v. sem. de día	de: 1hs./3 v. sem	de: 1hs./2v. sem. de día
	a: 1 hs./5v. sem	a: 1 hs./3v. sem	a: 1 hs./5v. sem	a: 1 hs./3v. sem
ENFERMERA UNIVERSITARIA	1h./2 veces semana	1h./1 vez semana	1h./2 veces semana	1h./1 vez semana

Fuente: Elaboración SENAMA.

Como se aprecia en el cuadro, se estima el cuidado domiciliario para una población dependiente moderada y severa.⁸ Para establecer y uniformar el nivel de dependencia, se propuso utilizar el modelo de niveles de dependencia utilizado por el SENAMA en el Estudio Nacional de Dependencia. Esta definición operacional de dependencia está determinada por las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

La dependencia severa considera individuos que siempre necesitan ayuda pues son afectados por una limitación funcional severa. Esto incluye a adultos mayores que cumplan con alguno de los siguientes criterios:

- Individuos postrados, considerados como confinados a su cama.
- Sujetos que presentan Demencia de cualquier grado, definida como un puntaje MMSE corto <13 puntos y un puntaje en el test de actividades funcionales de Pfefer >5 puntos
- Incapacidad para realizar una actividad básica de la vida diaria, excepto bañarse. Por actividad básica se considera: bañarse, vestirse, caminar, comer, usar el excusado, acostarse y levantarse de la cama.
- Incapacidad para realizar dos actividades instrumentales de la vida diaria: preparar comida, manejar dinero, salir solo de la casa, efectuar compras, hacer o recibir llamadas telefónicas, efectuar quehaceres livianos de la casa y tomar medicamentos.

La dependencia moderada implica una limitación funcional moderada que requiera de ayuda humana siempre o casi siempre. Incluye:

- Incapacidad para bañarse
- Requerimiento de ayuda siempre o casi siempre en 2 actividades básicas de la vida diaria

⁸ En esta etapa la dependencia leve no es considerada en los beneficios a otorgar por el Seguro Social de Protección a la Dependencia.

- Requerimiento de ayuda siempre o casi siempre en 3 actividades instrumentales de la vida diaria
- Incapacidad de efectuar 1 actividad instrumental de la vida diaria y necesidad de ayuda siempre o casi siempre en 1 actividad básica de la vida diaria.

La canasta de beneficios se ponderó subsecuentemente tomando como base dicha clasificación, asignando a las horas estimadas por cuidador una ponderación proporcional a los rangos mínimos y máximos estimados y a la confluencia simultánea de más de un tipo de cuidado, que varían entre un 80% para la situación más probable (solo cuidadora con rango menor de horas) y un 20% para la menos probable (necesidad de cuidadora, auxiliar paramédico y enfermera la mayor cantidad de horas estimada). Asimismo, se ponderaron las horas de acuerdo al nivel de compañía del adulto mayor, considerando un 100% para la situación más probable.

De modo que del cuadro y las posibles combinaciones se derivan 36 prestaciones que son las siguientes:

Tabla 40: Listado de Prestaciones del Catálogo de beneficios del seguro social para la dependencia para Chile

PRESTACIONES	
1 PRESTACIONES DEPENDENCIA MODERADA	
1.1 Personas solas	
1	1.1.1 Cuidadora por 4 hrs 3 veces por semana
2	1.1.2 Cuidadora por 8 hrs diarias
3	1.1.3 Técnico de enfermería por 2 hrs cada 2 semanas
4	1.1.4 Técnico de enfermería por 2 hrs cada 4 semanas
1.2 Personas acompañadas	
1.2.1 Compañía por el día	
5	1.2.1.1 Cuidadora por 2 hrs 2 veces por semana
6	1.2.1.2 Cuidadora por 1 hr diaria
7	1.2.1.3 Técnico de enfermería por 1 hr cada 2 semanas
8	1.2.1.4 Técnico de enfermería por 1 hrs cada 4 semanas
1.2.2 Compañía por la noche	
9	1.2.2.1 Cuidadora por 4 hrs 3 veces por semana
10	1.2.2.2 Cuidadora por 8 hrs diarias
11	1.2.2.3 Técnico de enfermería por 2 hr cada 2 semanas
12	1.2.2.4 Técnico de enfermería por 2 hrs cada 4 semanas
1.2.3 Compañía día y noche	
13	1.2.3.1 Cuidadora por 2 hrs 2 veces por semana
14	1.2.3.2 Cuidadora por 1 hrs diarias
15	1.2.3.3 Técnico de enfermería por 1 hr cada 2 semanas
16	1.2.3.4 Técnico de enfermería por 1 hrs cada 4 semanas
2 PRESTACIONES DEPENDENCIA SEVERA	
2.1 Personas solas	
17	2.1.1 Cuidadora por 12 hrs diarias

	PRESTACIONES
18	2.1.2 Cuidadora 24 hrs
19	2.1.3 Técnico de enfermería por 1 hrs 3 veces por semana
20	2.1.4 Técnico de enfermería por 1 hrs 5 veces por semana
21	2.1.5 Enfermera universitaria 1 hr 2 veces por semana
	2.2 Personas acompañadas
	2.2.1 Compañía por el día
22	2.2.1.1 Cuidadora por 2 hrs 4 veces por semana
23	2.2.1.2 Cuidadora por 4 hr día y 12 hrs noche
24	2.2.1.3 Técnico de enfermería por 1 hr día 2 veces por semanas
25	2.2.1.4 Técnico de enfermería por 1 hr 3 veces por semana
26	2.2.1.5 Enfermera universitaria 1 hr 1 vez por semana
	2.2.2 Compañía por la noche
27	2.2.2.1 Cuidadora por 12 hrs diarias
28	2.2.2.2 Cuidadora 24 hrs
29	2.2.2.3 Técnico de enfermería por 1 hr día 3 veces por semana
30	2.2.2.4 Técnico de enfermería por 1 hr 5 veces por semana
31	2.2.2.5 Enfermera universitaria 1 hr 2 veces por semana
	2.2.3 Compañía día y noche
32	2.2.3.1 Cuidadora por 2 hrs 4 veces por semana
33	2.2.3.2 Cuidadora 24 hrs
34	2.2.3.3 Técnico de enfermería por 1 hr día 2 veces por semana
35	2.2.3.4 Técnico de enfermería por 1 hr 3 veces por semana
36	2.2.3.5 Enfermera universitaria 1 hr 1 veces por semana

Fuente: En base a tabla anterior.

A.3 Condiciones de acceso para el seguro social para la dependencia

Las condiciones de acceso están directamente relacionadas con la definición de dependencia y los grados de tal problema, y con la definición o no de periodos de carencia o condiciones específicas de acceso.

En este sentido en varios países la calificación de dependiente (y su grado) la otorga el estado a través de sus organismos, en nuestro caso podría ser el sector salud, lo mismo que las necesidades respecto del catálogo de beneficios disponibles.

Cuando nos referimos a carencia quiere decir a cierto tiempo de espera una vez inscrito y eventualmente cotizando, pero el sistema que inicialmente estamos levantando, no considera la cotización y tienen pretensiones universales, por lo que esto no sería necesario.

Al mismo tiempo que los aspectos individuales, el acceso dependerá en gran medida de qué tan rígida sea y como se tomará en cuenta el concepto de equidad, tanto territorial como entre individuos, y las necesidades de cada región. Así, podría considerarse que la política deba considerar equidad como entregar a todos los mismos beneficios, bajo una definición específica de dependencia, y prestaciones del mismo valor para todos quienes se encuentren en el mismo nivel de dependencia (esto sin tomar en cuenta posibles diferencias por niveles de ingreso); o al contrario, se podría considerar equidad como el intento de dejar la situación de todos los beneficiarios de una misma prestación en un nivel mínimo definido, o superior, tomando en cuenta los niveles de necesidad de cada región y de cada evaluado, y entregando distintos niveles de beneficio en cada región; o incluso distintas definiciones de dependencia en base a las distintas necesidades percibidas en cada localidad, pero con un criterio de control y un conjunto de parámetros de diagnóstico definidos y controlados por la agencia central mencionada, transparentes y públicamente conocidos.

A nivel internacional, lo que se puede observar es que el nivel de beneficio entregado a cada persona es definido en base a un diagnóstico particular al individuo, que permite definir un plan particular de trabajo para éste, sin significar esto que no existan parámetros de evaluación y diagnóstico definidos por la autoridad. Ejemplos de esto son Francia, que entrega el beneficio monetario APA en base a un plan de acción definido de acuerdo a las necesidades determinadas por el organismo evaluador médico-social correspondiente.

En Suecia, la evaluación es realizada por un administrador de cuidados a través de entrevistas con el solicitante, que llevan al primero a definir el nivel de servicios a entregar, en base a las limitantes cognitivas y funcionales que el individuo enfrenta. Japón separa a sus beneficiarios en dos categorías, dependiendo de la edad de solicitud, y posterior a eso evalúa a los solicitantes dentro de cinco niveles de necesidad, tras lo cual se define el plan que debe recibir. España también separa por tres categorías de dependencia, al igual que Alemania. En Italia, todas las localidades definen de forma distinta la dependencia, en base a distintos sistemas de evaluación reconocidos internacionalmente.

En general, para que esto no implique criterios distintos de selección a través de las distintas localidades, existen criterios comunes para determinar si una persona se encuentra en estado de dependencia, incluyendo usualmente distinciones en sus grados, permitiendo distintos niveles de cobertura para cada uno de ellos. Para los beneficios es lo mismo: la equidad horizontal se asegura a nivel central.

A.4 Costos del seguro y proyecciones

La estimación de los costos y sus proyecciones depende de la probabilidad de ser adulto mayor en dependencia en sus distintas categorías, leve, moderada y severa, también depende del crecimiento de la población, su composición y finalmente de los costos de los servicios planeados en sus distintas modalidades.

A.4.1 Número total de personas en situación de dependencia.

La tabla siguiente muestra la cantidad de personas en situación de dependencia en Chile de acuerdo a la Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores 2009, agrupados en 6 grupos etareos por sexo y en tres niveles de dependencia.

Tabla 41: Prevalencia de dependencia en adultos mayores en Chile (EDPM 2009)

Grupos de edad	Masculino			Femenino			Total		
	Leve	Mod-erada	Severa	Leve	Moderada	Severa	Leve	Moderada	Severos
60-64	4.321	7.511	8.642	11.630	4.662	8.965	15.951	12.173	17.607
65-69	11.027	5.130	13.661	10.292	7.457	13.676	21.319	12.587	27.337
70-74	6.918	2.995	13.260	20.517	11.923	15.669	27.435	14.918	28.929
75-79	5.456	6.124	12.705	14.845	15.136	33.970	20.301	21.260	46.675
80-84	3.730	3.755	12.404	13.294	7.370	27.883	17.024	11.125	40.287
85 y más	3.674	4.170	10.613	6.362	8.996	36.795	10.036	13.166	47.408
Total	35.126	29.685	71.285	76.940	55.544	136.958	112.066	85.229	208.243

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores 2009.

Si hacemos la razón de personas dependientes sobre la población total en cada una de las celdas de la tabla anterior podemos obtener las tasas o probabilidad de dependencia en Chile, es lo que muestra la siguiente tabla:

Tabla 42: Tasas de dependencia en adultos mayores en Chile

Grupos de edad	Masculino			Femenino			Masculino	Femenino
	Leve	Mod-erada	Severa	Leve	Moderada	Severa	Total	Total
60-64	2,7%	4,7%	5,4%	4,9%	2,0%	3,8%	12,8%	10,6%
65-69	7,8%	3,6%	9,6%	4,4%	3,2%	5,8%	20,1%	13,3%
70-74	5,0%	2,2%	9,6%	9,3%	5,4%	7,1%	16,8%	21,8%
75-79	5,3%	6,0%	12,4%	7,1%	7,3%	16,3%	23,8%	30,8%
80-84	8,4%	8,5%	28,0%	15,6%	8,6%	32,7%	45,0%	57,0%
85 y más	11,1%	12,6%	32,1%	8,5%	12,1%	49,3%	55,9%	69,9%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores 2009.

Las tasas así obtenidas son claves para los cálculos que siguen.

A.4.2 Costo actuarial del Catálogo de Beneficios y del Seguro

Los parámetros para los cálculos del costo actuarial del Seguro dicen relación con la población informada por CEPAL/CELADE para los siguientes 10 años, es decir, su crecimiento y composición en el tiempo.

(1) Costos del Catálogo

Los costos actuariales⁹ del catálogo de beneficios dependen básicamente de tres tipos de recursos humanos a utilizar:

- Cuidadores¹⁰
- Técnicos de enfermería
- Enfermeras(os) universitarias(os)

Los costos de estos recursos han sido estimados de acuerdo a salarios pagados en una muestra nacional de hospitales de acuerdo a la información disponible de Chile transparente disponible en las páginas web de Servicios de Salud y Hospitales Públicos. Para el salario de Cuidador o Cuidadora se usó el salario de auxiliares de hospitales públicos, para técnico de enfermería los ingresos de técnicos paramédicos y para el caso de enfermería el salario de profesionales de la tecnología médica, todos a salarios de inicio de carrera¹¹.

Estos costos son combinados en los cálculos totales de acuerdo a las necesidades de tipo e intensidad, derivadas de las estimaciones de probabilidad de severidad y compañía de los adultos mayores, como se aprecia en el siguiente punto.

Supuestos

Para las estimaciones que siguen debieron hacerse una serie de supuestos y consultarlos al panel de expertos. Ellos dicen relación con las combinaciones de tratamiento sus probabilidades o ponderadores y sus intensidades de uso. En efecto, para la estimación se consideró que para la Dependencia moderada y en presencia de personas solas, cabía esperar la necesidad de Cuidadora o la necesidad de Cuidadora junto con la Técnico de enfermería con una ponderación o probabilidad de 60% y 40% respectivamente. A su vez, las ponderaciones del tipo o intensidad de la asistencia (horario) de unas y otras, teniendo dos posibilidades, se ponderaron en 90% y 10% (Ver Tabla). Las mismas combinaciones son posibles en el caso del que el dependiente moderado se encuentre acompañado en alguna de las tres modalidades consideradas (día, noche, día y noche).

En el caso de la dependencia severa, cuando la persona se encuentra sola es posible encontrar: i) sólo la necesidad de una cuidadora, ii) la cuidadora y la técnico de enfermería en una ponderación supuesta de 60% y 40%, respectivamente, iii) la cuidadora y la enfermera universitaria (pero no la técnico de enfermería) en una ponderación de 50% y 50% respectivamente, iv) la presencia de los tres recursos: cuidadora, técnico

9 Cabe señalar que se trata entonces de costos directos. Los costos indirectos de un seguro social de este tipo no han sido considerados hasta ahora.

10 En adelante nos referiremos indistintamente a cuidadora o cuidador, lo mismo que técnico o técnica de enfermería y enfermero y enfermera.

11 De acuerdo a estos criterios los salarios por hora a pesos de 2011 son los siguientes: \$900, \$1.100 y \$3.000, respectivamente

y enfermera profesional en cuyo caso se estimo una ponderación de 40%, 30% y 30% respectivamente. Estas prestaciones nuevamente se suponen en dos niveles de intensidad (horarios) de tal modo que se ponderan diferenciadamente en 90% y 10%. Pero cuando la persona es dependiente severa y cuenta con compañía en cualquiera de sus modalidades, las posibilidades de combinaciones son las siguientes: i) solo cuidadora ii) la cuidadora y la técnico de enfermería en una ponderación supuesta de 60% y 40% respectivamente, iii) la cuidadora y la enfermera universitaria en una ponderación de 50% y 50% respectivamente, iv) la presencia de los tres recursos: cuidadora, técnico y enfermera profesional en cuyo caso se estimo una ponderación de 40%, 30% y 30% y las dos últimas y nuevas posibilidades: v) sólo técnico de enfermería y vi) sólo enfermera universitaria. Nuevamente cabe recordar que las posibilidades de intensidad (horarios) de cada una de estas combinaciones son dos, ponderadas en 90% y 10% (Ver Tabla).

A su vez se ha asumido una implementación gradual en el tiempo de tal modo que en los dos primeros años se incorpora el 20% de la dependencia severa y el 20% de la moderada. Los porcentajes van subiendo cada dos años en 10 puntos porcentuales en cada categoría. La lógica de este supuesto es doble: por una parte la incorporación a través de las acreditaciones respectivas, de beneficiarios y prestadores de servicios, debe provocar naturalmente una gradualidad; por otra parte, a pesar de la vocación universal del seguro, la disponibilidad de recursos puede determinar ciertas focalizaciones iniciales como la incorporación paulatina de beneficiarios de acuerdo a tramos de renta, partiendo por los deciles o quintiles más pobres.

Otro supuesto que es necesario señalar ahora es que suponemos que las tasas poblacionales de de dependencia encontradas, permanecen constante en el tiempo.

Finalmente, se incorpora un reducción anual en el costo por concepto de eficiencia en la administración de los servicios, cuya tasa es de 5%.

(2) Costo Actuarial del Seguro

La fórmula de cálculo del costo será entonces la sumatoria de los costos de cada una de las celdas de sexo, edad y dependencia, en valor presente cuando se proyecte en el tiempo. En cada una de las celdas se multiplicará la población en dependencia, por el valor del catálogo de beneficios relevante. Así el primer año será:

$$CostoEst = \sum_{j=1}^{36} \sum_{i=1}^{12} (pobl_i \times tasadep_i \times valorcat_j)$$

Donde:

CostoEst: Es el costo anual (Año1) estimado del seguro social para la dependencia,

pobl_i: la población de la celda i,

tasadep_i: la probabilidad de dependencia de la población de la celda i,

valorcat_j: costo estimado de las prestaciones j,

i: es la celda o tramo de edad y sexo que totalizan 12,

j: corresponde a la combinación de severidad e intensidad de cuidado que totalizan 36 posibilidades.

De tal manera que la sumatoria del producto de los dependientes por cada una de las 36 prestaciones disponibles, según corresponda arroja el resultado final, de acuerdo al siguiente desarrollo de la fórmula:

$$\begin{aligned}
 & (pobl_1 * tasadep_1 * valorcat_1 + pobl_2 * tasadep_2 * valorcat_1 + pobl_3 * tasadep_3 * valorcat_1 + \dots + pobl_{12} * Tasadep_{12} * valorcat_1) \\
 & \quad + \\
 & (pobl_1 * tasadep_1 * valorcat_2 + pobl_2 * tasadep_2 * valorcat_2 + pobl_3 * tasadep_3 * valorcat_2 + \dots + pobl_{12} * Tasadep_{12} * valorcat_2) \\
 & \quad + \\
 & (pobl_1 * tasadep_1 * valorcat_3 + pobl_2 * tasadep_2 * valorcat_3 + pobl_3 * tasadep_3 * valorcat_3 + \dots + pobl_{12} * Tasadep_{12} * valorcat_3) \\
 & \quad + \\
 & \quad \vdots \\
 & \quad + \\
 & (pobl_1 * tasadep_1 * valorcat_{36} + pobl_2 * tasadep_2 * valorcat_{36} + pobl_3 * tasadep_3 * valorcat_{36} + \dots + pobl_{12} * Tasadep_{12} * valorcat_{36})
 \end{aligned}$$

A su vez, el costo de las prestaciones, su estimación, dependerá de varias probabilidades. Esto es de si la persona vive sola o acompañada (de esa probabilidad), del grado de severidad de su dependencia y luego dependerá también, del tipo de cuidado que requiera y su intensidad (de acuerdo a las 36 posibilidades diseñadas)

Resultados

Los resultados muestran un costo para el primer año cercano a los \$ 111 mil millones de 2011, lo que equivale a unos US\$ 222 millones. Pero el costo se irá incrementando por el aumento de las personas en dependencia por el simple hecho del aumento de la población adulta mayor, considerando los tramos de edad y sexo especificados y de acuerdo a la gradualidad de implementación asumida.

De esta forma al quinto año, el costo estimado estará en torno a los \$ 207 mil millones de hoy, esto es cerca de US\$ 415 millones, tal como se aprecia en la tabla de resultados a continuación, que separa según nivel de dependencia.

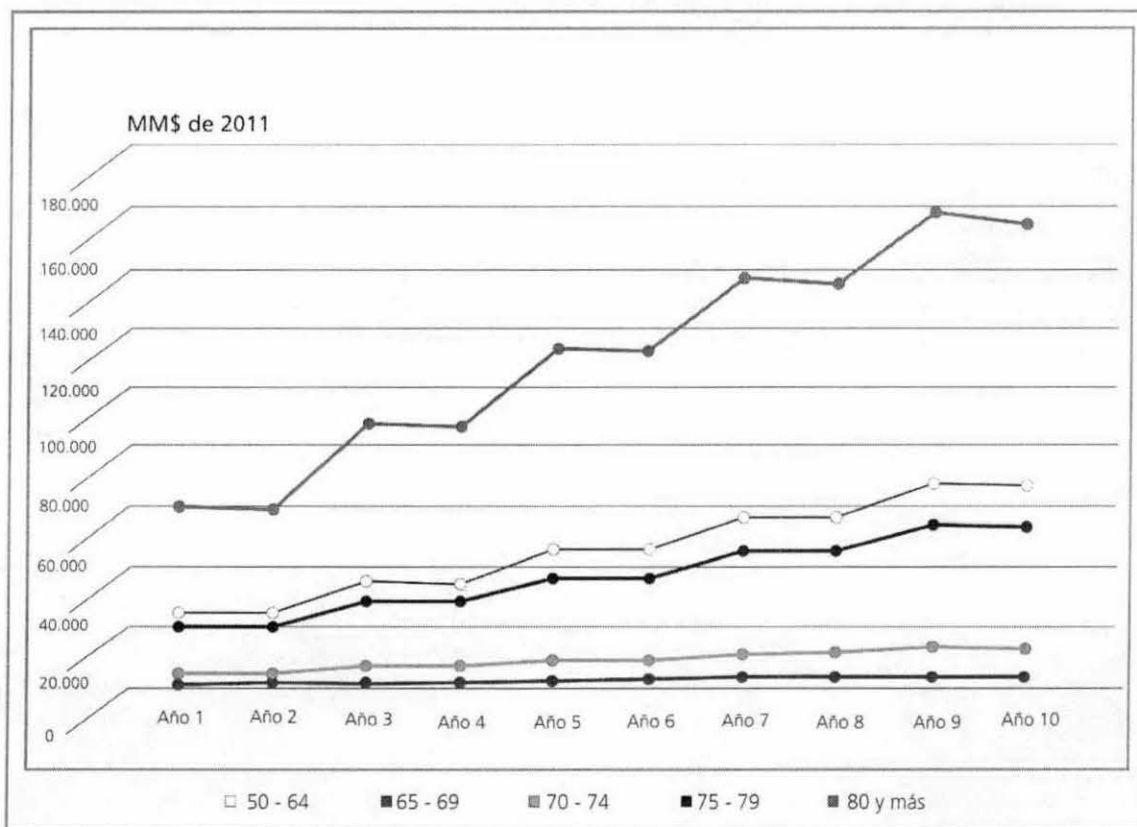
Tabla 43: Resultado de las estimaciones de cálculo del costo actuarial del Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile (MM\$ del año 2011)

Costo actuarial	Año									
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10
Costo Estimado Total	110.880	109.247	161.248	158.479	207.445	205.293	253.547	250.143	295.734	290.990
Costo Dependencia Moderada	16.294	16.070	23.742	23.355	30.596	30.406	37.697	37.323	44.271	43.693
Costo Dependencia Severa	94.587	93.177	137.506	135.124	176.849	174.887	215.850	212.820	251.464	247.297

Fuente: Elaboración propia.

En base al Primer Un aspecto importante de considerar es la descomposición de los costos según grupos de edad. Según se observa en el Gráfico a continuación, el tramo de 80 y más años es el de mayor costo –el cual se incrementa en el tiempo–, seguido por los tramos 60-64 y 75-79.

Además de conocer la distribución, la importancia radica en la posibilidad de implementar una gradualidad por grupo de edad, es decir, focalizar los beneficios en cierto segmento en etapas iniciales (por ejemplo, mayores de 75 años), para luego extender la cobertura al resto de la población.

Gráfico 24: Resultado de las estimaciones del costo actuarial del Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile por tramos de edad (MM\$ del año 2011)

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar la preponderancia de la dependencia severa por sobre la moderada en los costos, con una participación promedio del 85% en los diez primeros años analizados.

(3) Efectos de la aplicación progresiva

Para la implementación del seguro propuesto en este documento se ha supuesto una implementación progresiva. Lo anterior crear los márgenes de operación necesarios para la sustentabilidad financiera en el largo plazo, así como las flexibilidades para otros ajustes que se consideren durante la ejecución.

De no considerar esta gradualidad, el costo total del seguro alcanzaría los US\$ 1.109 millones en su primer año, pasando a los US\$ 1.273 y US\$ 1.539 millones en los años quinto y décimo respectivamente¹².

Una alternativa adicional sería focalizarse en el grupo etéreo y nivel de dependencia más vulnerables. El grupo de adultos mayores de 80 y más años representa el 53% de los costos anuales en promedio, mientras que el nivel de dependencia severo equivale al 85%. Considerando lo anterior, el costo total del seguro se reduciría, en promedio, en un 48% anual, obteniéndose un costo para el primer año de US\$ 578 millones y de US\$ 790 millones para el décimo.

Por lo tanto, una aplicación progresiva como la propuesta en este estudio disminuye los costos totales en un 61% para los primeros 10 años, manteniendo el foco en los grupos vulnerables y extendiendo la cobertura los adultos mayores de 60 y más años y los dependientes moderados.

12 Ver Anexos para el detalle de costos.

A.5 Alternativas para el Financiamiento

Teniendo claro la estimación del costo a cubrir, a continuación se presenta una serie de posibilidades de financiamiento del costo estimado anual del seguro consistente en un breve paso por el financiamiento de Cajas de Compensación, dada su recomendación como potencial entidad administradora, y luego el financiamiento presupuestario de los adultos mayores para indicar cuál sería una posibilidad de cubrir la brecha ingreso gasto¹³.

A.5.1 Mirada al Financiamiento de prestaciones de seguridad social en Cajas de Compensación de Asignación Familiar

Las Cajas de Compensación tienen por objetivo la administración de las prestaciones de seguridad social que tiendan al desarrollo y bienestar del trabajador y su grupo familiar, protegiéndolos de las contingencias sociales y económicas que en forma temporal los puedan afectar. El sistema lo integran actualmente cinco Cajas, que a diciembre de 2010 acumulaban un patrimonio de US\$ 1.630 millones, con una población de 4 millones de trabajadores afiliados, agrupados en 80.070 empresas.

Las Cajas de Compensación autorizadas para administrar el régimen de prestaciones por incapacidad laboral, perciben una cotización de 0,6% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores no afiliados a una ISAPRE. Dicha cotización se destina al financiamiento del régimen de subsidios por incapacidad laboral, y se deduce del 7% de cotización obligatoria de salud. Por esta función, las Cajas perciben honorarios que la ley denomina "comisiones", cuyo monto es calculado por la Superintendencia de Seguridad Social para cada Caja de Compensación en relación al tipo de prestación, número de beneficios pagados, trabajadores afiliados y promedio de trabajadores por empresa adherente.

Las prestaciones por asignación familiar, prestaciones maternas, subsidios de incapacidad laboral y subsidios de cesantía forman parte del Sistema Único de Prestaciones Familiares, constituido con aportes fiscales que se fijan en la Ley de Presupuestos del Sector Público.

Los ingresos de las Cajas de Compensación, a excepción de las prestaciones legales obligatorias que se pagan con cargo a recursos fiscales, proviene de las comisiones generadas por la administración de estas; la rentabilidad de las colocaciones de crédito social; los ingresos por venta de servicios; los ingresos por inversiones, multas y sanciones; y las entradas por actividades vacacionales y recreativas y atenciones médico-dentales (prestaciones complementarias).

¹³ Adicionalmente existe la posibilidad de incorporar a las Mutualidades de Empleadores, tanto en la administración de algunos servicios como en el financiamiento del seguro, por tal razón se incluye el análisis financiero de estas entidades en los documentos anexos.

A.5.2 Posibilidades de Financiamiento del Seguro Social de Protección a la Dependencia

(1) Actual sistema de financiamiento de salud para los adultos mayores

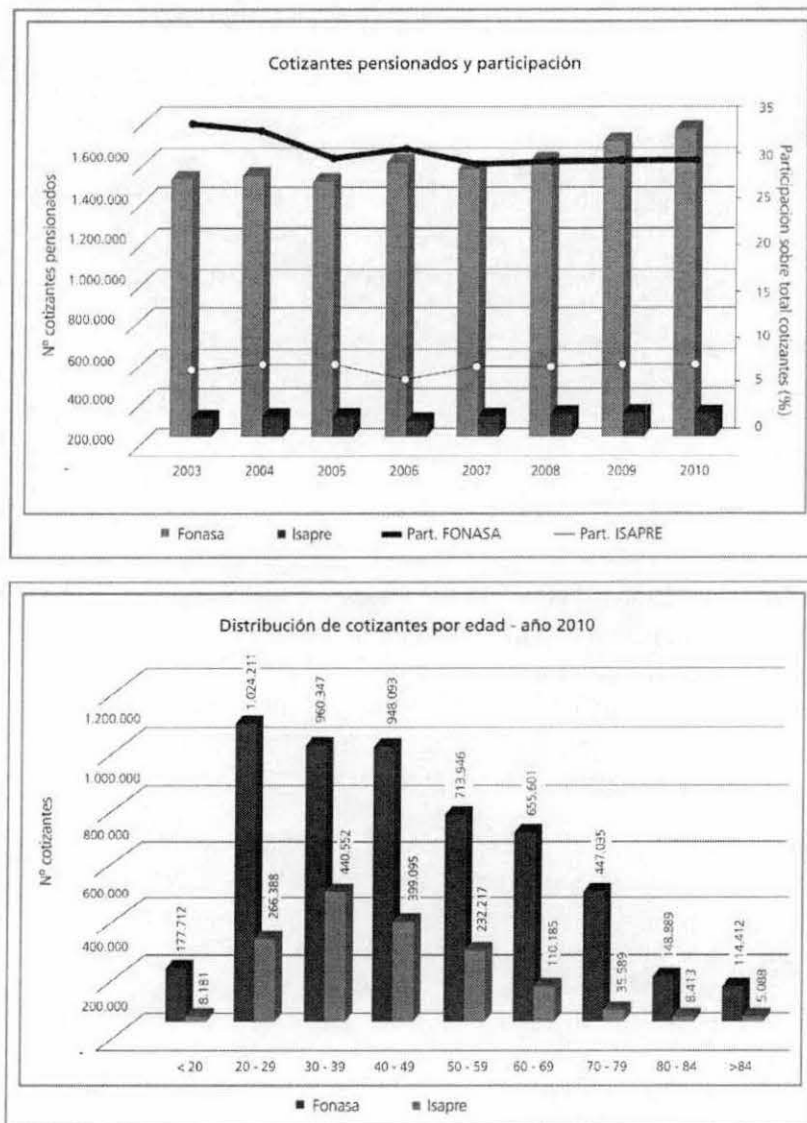
Las próximas reformas en materia de seguridad social se verán fuertemente influenciadas por los cambios demográficos del país, que darán cuenta del proceso de envejecimiento acelerado de la población y un aumento en las expectativas de vida. En este sentido, se prevé que la salud del segmento de adultos mayores tendrá un foco prioritario dentro de la formulación de las políticas públicas, focalizadas especialmente hacia el aumento en la cobertura, la sustentabilidad financiera del sistema de salud y la atención de prestaciones que cubran enfermedades propias de dicho grupo poblacional.

Actualmente, los adultos mayores están cubiertos por el seguro previsional de salud, ya sea por el asegurador público –con el 94% del total de pensionados cotizantes–, o el asegurador privado –con el restante 6%–. El financiamiento del régimen de salud proviene de la cotización que efectúa el afiliado, para lo cual deben destinar el 7% de su ingreso o pensión y los pagos voluntarios que realiza directamente el beneficiario, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes o el respectivo Contrato de Salud con la ISAPRE.

En cuanto a las prestaciones, el Estado a partir de marzo de 2006 estableció la gratuidad en la atención de salud en los establecimientos públicos para todos los mayores de 60 años de edad mediante el FONASA. Recientemente se aprobó la eliminación parcial o total del 7% de cotización a salud a los jubilados pertenecientes al 60% más pobre, lo que sumado al mayor gasto por el aumento de la demanda de servicios de salud por este sector de la población, hacen necesario revisar las fuentes de financiamiento y nuevas modalidades de financiamiento.

Se observa un incremento en la cantidad de pensionados cotizantes, tanto en el sistema público como privado. No obstante, la participación de estos cotizantes respecto al total presenta una diferencia muy marcada, donde, en promedio, el 30% de los cotizantes de FONASA corresponden a pensionados, mientras que en el caso de ISAPRES esta cifra cae al 6%.

Gráfico 25: Cotizantes del sistema de salud en Chile



Fuente: Superintendencia de Salud, FONASA. Elaboración CIEDESS.

Otro factor a considerar es la evolución continua en las expectativas de vida, lo que también genera aumento en los gastos dada la extensión en los posibles periodos de demanda de los servicios de salud. El desafío está en diseñar un modelo aplicable de política pública que permita garantizar cuidados y servicios de salud para los adultos mayores.

Adicionalmente, el sistema público recibe aportes fiscales a través de partidas presupuestarias del Fondo Nacional de Salud para cubrir los déficits que se producen entre el otorgamiento de prestaciones y las cotizaciones recibidas de los afiliados.

(2) Prestaciones más demandadas por los adultos mayores

Como hemos revisado en capítulos anteriores, los adultos mayores se caracterizan por demandar prestaciones de ciertas áreas médicas en mayor cuantía que el promedio. De acuerdo a datos de la Superintendencia de Salud a diciembre de 2010, las prestaciones de mayor demanda son los exámenes de diagnóstico, los procedimientos de apoyo clínico-terapéutico y las prestaciones adicionales, las que representan el 39%, 23% y 20% del total respectivamente. Por otra parte, las prestaciones que presentan el mayor aumento en comparación al promedio de prestaciones solicitadas del sistema son las prestaciones adicionales, con un 66%, mientras que la mayor caída de prestaciones se observa para las atenciones médicas, que bajan un 38%.

Resumiendo lo señalado en capítulos precedentes, en base a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 2009, realizada en conjunto por la Facultad de Medicina de la Universidad Católica y por el Observatorio Social de la Universidad Alberto Hurtado, las enfermedades que presentan una mayor prevalencia entre los adultos mayores son la presión arterial sistólica (51% de la muestra mayor de 65 años sobre el 11,5% de la muestra total), diabetes (25,8% sobre 9,4%), síndrome metabólico (48,8% sobre 30,4%), riesgo cardiovascular moderadamente alto (17,03% sobre 9,8%), riesgo cardiovascular alto (44,55% sobre 9,8%), síntomas respiratorios crónicos (43,4% sobre 24,5%), prevalencia de patología biliar (39,2% sobre 17,7%), enfermedad péptica, gástrica o duodenal (10,9% sobre 6,5%), hipotiroidismo (27,6% a 19,4%), deterioro cognitivo (10,4% de la muestra mayor a 60 años presente algún rasgo de deterioro, subiendo a 20,9% a los 80 años), cataratas (23,9% de los mayores de 60 años), glaucoma (27,4% de los mayores de 60 años), prótesis dental (55,3% sobre 2,3%), creatinemia elevada (16,7% sobre 3,5%), cáncer de tiroides (en mujeres, 0,73% sobre 0,41%) y un mayor porcentaje de caídas (1,3% sobre 0,9%). Paralelo a esto, el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (EDPM) del 2009, realizado en conjunto por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile y el INTA, se enfoca, a diferencia de la ENS, en un grupo de enfermedades crónicas, encontrando que aquellas con mayor prevalencia entre los adultos mayores chilenos son: la hipertensión arterial (62,1%), la diabetes (21,8%), la depresión (18,0%) y la osteoporosis (17,2%). Las patologías degenerativas crónicas merecen una especial atención ya que pueden derivar en adultos mayores en situación de dependencia, y tienen una mayor incidencia a medida que aumenta la edad.

Tabla 44: Personas mayores por enfermedad crónica (EDPM 2009)

Enfermedades Crónicas	Número	Prevalencia en Personas Mayores (%)
Hipertensión Arterial (HPA)	1.044.464	62,1
Diabetes	366.162	21,8
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	193.713	11,5
Embolia, Derrame, Ataque, Isquemia o Trombosis	64.880	3,8
Depresión	303.237	18
Cáncer	63.189	3,7
Osteoporosis	288.975	17,2
Artritis, Artrosis o Problemas en las Articulaciones	259.470	15,4

Fuente: Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, Centro de Microdatos.

Estudio Nacional de Discapacidad de FONADIS-INE del 2004, un documento de la Superintendencia de Salud (Olivares-Tirado, 2006) determina que para la muestra, el 39% de los adultos mayores sufre de discapacidad, representando al 45% del total de discapacitados en el país. El 10,7% de los adultos mayores presentaron una discapacidad severa, esto es, dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana.

(3) Identificación de partidas de gasto vinculadas con la dependencia

En Chile no existe un seguro de dependencia o de estadías de largo plazo que cubra los cuidados domiciliarios, ambulatorios o institucionales de los adultos mayores como los seguros sociales que proveen los países más desarrollados. Estas prestaciones las realizan principalmente instituciones de beneficencia o privadas, ajenas al sistema de salud, cuyo financiamiento proviene del Estado, de donaciones, aportes voluntarios y por el pago de los beneficiarios.

Existen algunas medidas en el sector público dirigidas a adultos mayores con dependencia, de las cuales pueden vincularse ciertas partidas de gasto periódicas:

- a.- La medida 6B, entregando un estipendio trimestral en torno a los \$ 22.000 mensuales a aquellas familias vulnerables que cuidan a su adulto mayor dependiente.
- b.- El apoyo que realiza el equipo de salud primaria desde el consultorio al domicilio, mediante el Programa de Cuidados Domiciliarios para Pacientes Postrados.
- c.- El programa que desarrolla el SENAMA a través de 60 monitoras para cerca de 600 adultos mayores en comunas del área norte de Santiago.

Indirectamente, existen otros programas que podrían estar ayudando a tratar el problema de la dependencia, si bien no lo tiene de forma directa como objetivo. Estos programas son:

Tabla 45: Presupuesto de algunos programas destinados al cuidado de Adultos Mayores

Programa	Fuente	Objetivo	Presupuesto 2011
Programa de Apoyo Integral al Adulto Mayor	Chile Solidario	Busca entregar apoyo psicosocial que fortalezcan su identidad, autonomía y sentido de pertenencia, además de involucrarlo en su entorno inmediato, vinculándolo con una red de apoyo social comunal.	\$ 1.340 millones
Programas focalizados a adultos mayores con dependencia	Entidades sin fines de lucro	Programa de Atención Domiciliaria, Programa de Residencia de Larga Estadía, entre otros.	Depende de cada institución y los aportes que se hayan convenido
Programa Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor	SENAMA	Busca entregar una solución habitacional y de servicios de cuidado y/o apoyo a adultos mayores en situación de vulnerabilidad y con algún grado de dependencia.	\$ 3.541 millones

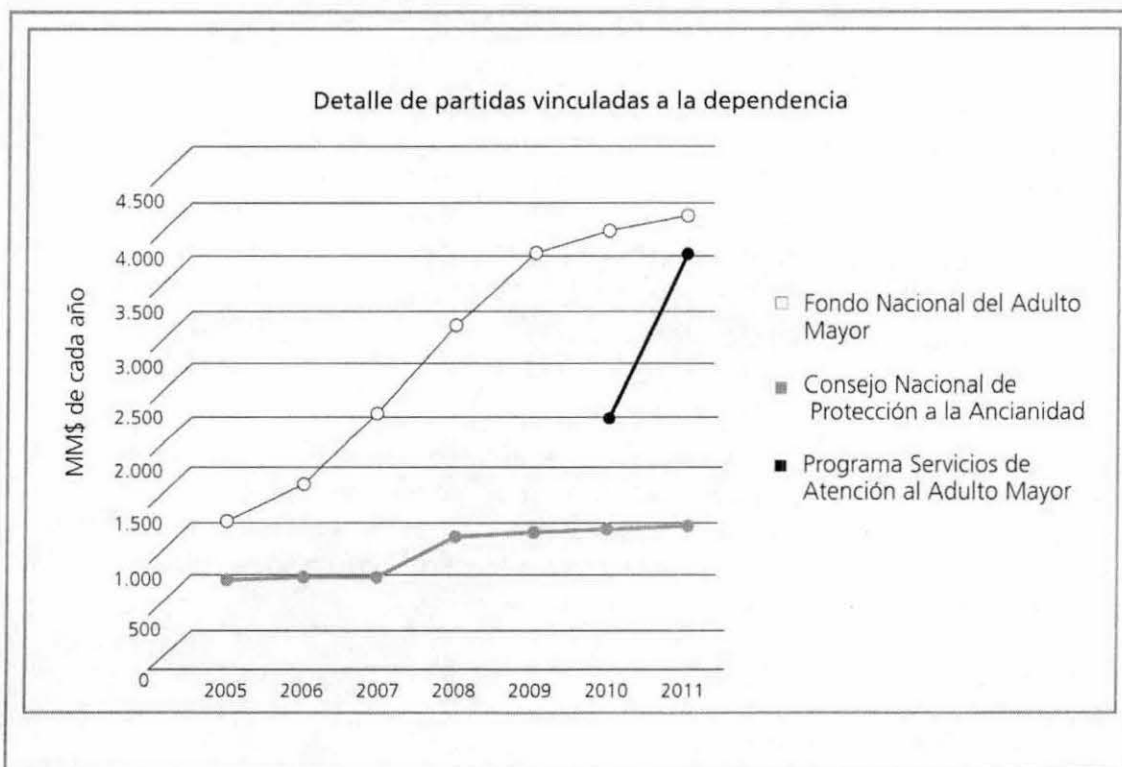
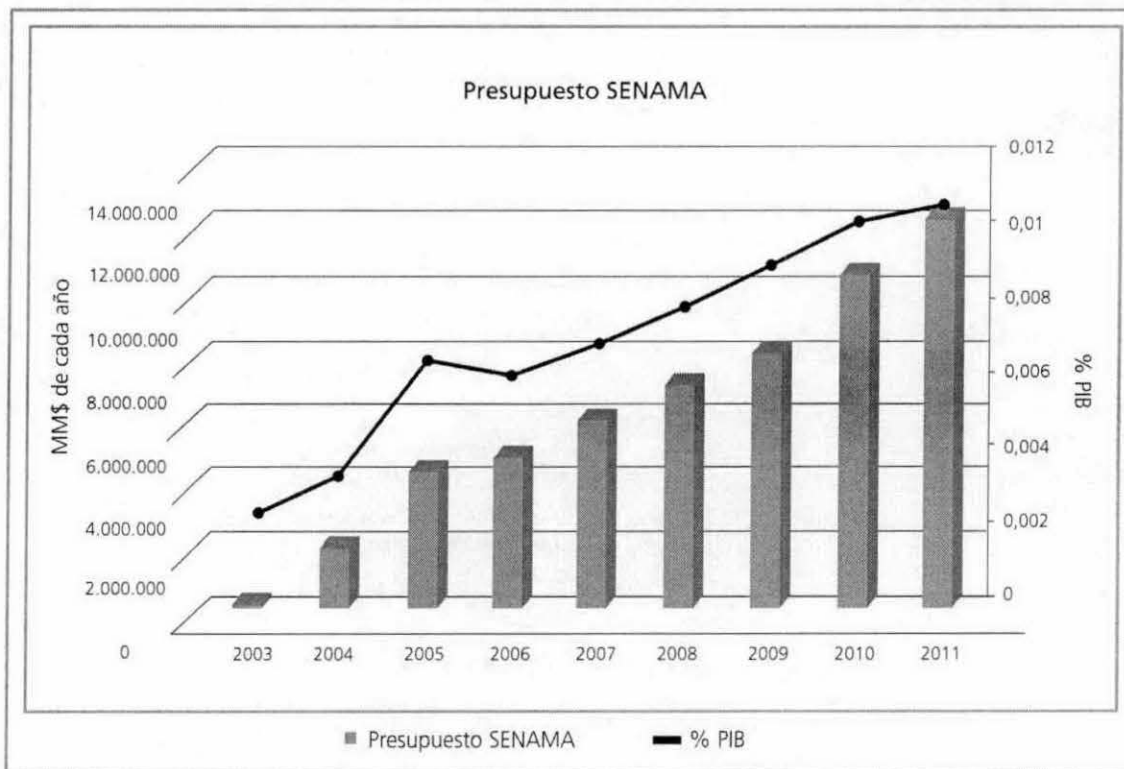
Programa	Fuente	Objetivo	Presupuesto 2011
Programa de Viviendas Protegidas	SENAMA	Busca que cada persona mayor en situación de vulnerabilidad con requerimiento de vivienda tenga la posibilidad de acceder a una solución habitacional que le permita resolver su dificultad de acuerdo a su necesidad específica y a su propio nivel de funcionalidad y dependencia.	Incorporado en Programa Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor
Fondo Nacional del Adulto Mayor	SENAMA	Financia iniciativas de organizaciones públicas y privadas sin fines de lucro, dirigidos en su mayoría al cuidado, la salud, la dependencia y la formación de voluntarios y cuidadores.	\$ 3.866 millones
Transferencia al Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad	SENAMA	Busca contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad institucionalizadas y de aquellas que requieren institucionalización.	\$ 959 millones
		Total:	\$ 9.706 millones

Fuente: Elaborado en base al presupuesto de la nación.

Adicionalmente existen programas vinculados a instituciones de beneficencia a adultos mayores que reciben aporte del Estado, tales como el Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas, San Vicente de Paul, entre otras. El gasto propio de estas instituciones sin fines de lucro o fundaciones que proveen atención social a adultos mayores varían según la cobertura de sus prestaciones. Por ejemplo, en el caso del Hogar de Cristo, donde se cuenta con programas focalizados a adultos mayores con dependencia (Programa de Atención Domiciliaria que atendió a 3.151 personas en 2011 y el Programa de Residencia de Larga Estadía con 1.041 en el mismo año), se registraron \$ 27.521 millones en gastos de atención en el año 2011, mientras que por concepto de Ingreso Neto Convenios con el Estado se registraron \$ 10.531 millones. Por su parte, la Fundación Las Rosas reportó un gasto en atención directa al anciano por \$ 9.080 millones en 2011, mientras que los ingresos provenientes de aportes –en los que el Estado fue partícipe– fueron de \$ 2.696 millones.

Dada la dificultad para cuantificar cada una de las partidas anteriores, se expone el gasto del SENAMA – que sin ser ejecutor de acciones de cuidado, es la entidad responsable de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores– y, específicamente, el Fondo Nacional del Adulto Mayor, los cuales pueden servir como indicadores. Para el año 2011 el SENAMA cuenta con un presupuesto de \$ 12.018 millones, mientras que para 2012 se proyecta un gasto de \$ 12.243 millones.

Gráfico 26: Evolución del Presupuesto del SENAMA (MM\$ de cada año)



Fuente: DIPRES. Elaboración CIEDESS.

(4) Iniciativas vigentes para financiar la dependencia (cuidadoras de hogar)

En el sector público se identifican algunos programas de capacitación o cursos que se orientan a la formación de cuidadores de adultos mayores. Sin embargo, dentro del presupuesto de las instituciones gestoras es difícil obtener el monto real aplicado a cada uno de estos.

La medida 6B capacita a los familiares vinculados a adultos mayores con dependencia, la cual se focaliza en comunas vulnerables y otorga un estipendio según lo señalado anteriormente.

El SENAMA ejecutó el curso de especialización Técnico Social Especialista en Adulto Mayor durante los meses de mayo-diciembre del 2010, cuyo objetivo fue entregar conocimientos y herramientas a personal de cuidado directo, permitiendo el desarrollo de competencias para el mejoramiento de los servicios de larga duración que se brindan a las personas mayores.

A.5.3 Recomendaciones de política para el financiamiento de un seguro de dependencia

(1) Marco conceptual

Si bien pueden existir soluciones privadas vía seguros complementarios a esta contingencia –como han aparecido en Chile–, los países desarrollados han evaluado que una política pública a nivel de seguro social permite disponer de soluciones que consideren el conjunto y las prioridades de la población.

El financiamiento del seguro de dependencia debe considerar especialmente la posibilidad de sustituir gastos que por concepto de seguridad social incurre el Estado e instituciones privadas, con el objeto de buscar las alternativas de transferencias de recursos que financien este seguro sin que aumenten los costos vigentes. Además, la puesta en marcha puede hacerse en forma gradual, lo que puede dar grados de ajustes que colaboren con esta eficiencia.

Existen diferentes opciones que podrían traspasarse o redireccionarse al financiamiento del seguro. Sin embargo, lo recomendable es enfocarse en los recursos que provienen de quienes serían ser objeto de sus prestaciones, es decir, la población de adultos mayores. En este contexto, se han elaborado las siguientes modalidades de financiamiento:

- i. **Modalidad 1: Vía Cajas de Compensación de Asignación Familiar.**
 - a. El 1% que las Cajas cobran por concepto de comisión a los pensionados afiliados.
 - a. Un copago de los que usan el servicio, que esté en escala de lo que reciben. Este copago puede ser el colchón.
- ii. **Modalidad 2: Combinando CCAF + Excedentes de Créditos Sociales.**
 - a. El 1% vía Cajas.
 - b. Un copago.
 - c. Una parte de los excedentes de crédito de las Cajas. Justificado por los menores costos de administración y seguridad en el cobro (recaudación segura).
- iii. **Modalidad 3: Combinando Cajas + Aumento en comisión a pensionados.**
 - a. Elevar el 1% al 2% vía Cajas, según las facultades que otorga la ley, tomando 1% de las Cajas.
 - b. Copago.

Bajo el escenario anterior, a continuación se cuantifican las diferentes alternativas de financiamiento:

a) Redestinar la comisión que recaudan las CCAF por los servicios que otorgan a los pensionados

Mediante la Ley N° 19.539, dictada en diciembre de 1997, se permitió la incorporación de los pensionados a las Cajas de Compensación, salvo aquellos pertenecientes a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y a la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. Esta ley ha representado un importante hito para este sector de la población, al permitirles el acceso a beneficios de bienestar social que otorgan las Cajas, tanto aquellos tradicionales vinculados a los regímenes de prestaciones adicionales, crédito social y prestaciones complementarias que ya las Cajas habían desarrollado para la población activa, como a un nuevo conjunto de servicios y prestaciones elaboradas especialmente para los adultos mayores. En particular, servicios en los ámbitos de la educación, turismo y recreación, salud, cuidados y mantención de calidad de vida.

La incorporación de pensionados a las Cajas es individual y voluntaria, debiendo contribuir al financiamiento de las prestaciones con un porcentaje de la pensión que reciben, de carácter uniforme, no pudiendo exceder del 2% de las pensiones que cada beneficiario recibe. En la actualidad, todas las Cajas cobran un 1% de las pensiones como comisión, el que destinan a financiar el mix de prestaciones que cada Caja ofrece (la excepción la constituye Caja Los Andes, que devuelve lo recibido por cada pensionado en una libreta de ahorro, de cuyo saldo se puede girar con el objeto de cubrir gastos en salud y otras contingencias representativas de esta población).

Precisamente este aporte del 1% podría ser transferido al financiamiento del seguro de dependencia. En la medida que estas instituciones cumplen los requisitos para operar como posibles administradores del seguro, el traspaso de estos recursos sería más factible.

La afiliación de pensionados al sistema Cajas ha evolucionado de manera creciente, acumulando a diciembre del año 2010 un total de 1.285.321 personas, es decir el 80,7% del total de pensionados a esa fecha. Esta cifra se vería incrementada considerando la afiliación obligatoria de los pensionados al seguro.

Es posible proyectar los ingresos provenientes de este 1% de los pensionados considerando cifras a diciembre de 2010, donde el monto promedio de los pensionados afiliados a las Cajas fue de \$ 157.681. Por lo tanto, el aporte anual bajo estas cifra se estima en \$ 25.605 millones anuales (\$ 1.577 mensuales por pensionado). Si se ampliaran estas proyecciones al total de pensionados en el mismo período, dada la universalidad del seguro, el aporte se estima en \$ 31.465 millones¹⁴.

b) Destino de parte de los excedentes que origina el crédito social de las CCAF

Adicionalmente, otra partida que podría utilizarse son los ingresos provenientes del régimen de crédito social. Si bien las CCAF gastan en torno al 32% de sus excedentes en beneficios sociales, una proporción de éste podría utilizarse para el seguro de dependencia.

Según cifras a diciembre de 2010, la cartera vigente de crédito social de la Cajas era de US\$ 4.762 millones, es decir, una participación del 24% respecto a los créditos de consumo del sector bancario. Los intereses por crédito social alcanzaron los \$ 324.157 millones, equivalente al 78% del total de ingresos de la industria de CCAF a 2010. Por lo tanto, si se destinara el 20% de los ingresos por este concepto, el seguro de dependencia podría obtener cerca de \$ 64.800 millones anuales.

¹⁴ Considera pensionados por vejez e invalidez de AFPs, ex Cajas de Previsión (IPS) y Sistema de Pensiones Solidarias (PBS de vejez e invalidez).

Entre los argumentos para tomar esta fuente de ingresos se encuentra el diferencial de riesgo que presenta la cartera de créditos a trabajadores con la de pensionados. Estos últimos cuentan con un flujo constante de ingresos a través de la pensión, siendo su mayor riesgo la probabilidad de muerte, la que puede ser cubierta por un seguro de desgravamen. Por otra parte, los trabajadores activos poseen el riesgo de quedar cesantes o experimentar fluctuaciones en su renta, lo que sumado a la posibilidad de iniciar seguimientos por un eventual cambio de empresa, representan un riesgo y costo mayor por concepto de crédito social.

Dado lo anterior y siguiendo la lógica de canalizar las fuentes de financiamiento por la población cubierta, los ingresos por intereses de crédito social debiesen corresponder a lo proveniente de la cartera de pensionados. Tomando información disponible sobre crédito social a pensionados de CCAF Los Andes¹⁵, a diciembre de 2010 se registra una cartera vigente de 182.255 pensionados con un monto de \$ 203.706 millones. El capital de la cartera vigente de pensionados equivale al 18% de la cartera vigente total, por lo que extendiendo esta proporción al resto de la industria y aplicándola al ingreso proveniente de intereses por crédito social en ese año, la magnitud del aporte por este concepto sería de \$ 57.095 millones.

c) Elevar el 1% al 2% vía comisión de las Cajas, redestinando este 1% adicional

Con el objeto de acceder a las prestaciones de los Regímenes de Prestaciones Adicionales, de Crédito Social y de Prestaciones Complementarias, los pensionados de cualquier régimen previsional –excluidos CAPREDENA y DIPRECA– pueden afiliarse individualmente a una CCAF.

Para contribuir al financiamiento de las prestaciones señaladas, cada Caja establecerá un aporte de cargo de cada pensionado, de carácter uniforme, cuyo monto podrá ser fijo o un porcentaje de la pensión o una combinación de ambos. Según establece la Ley N° 19.539, dicho aporte no podrá exceder del 2% de la respectiva pensión, por lo tanto existe la alternativa de elevar la comisión actual de 1% hasta el tope máximo de 2%.

Lo anterior no afectaría los ingresos de las Cajas, obteniéndose un flujo equivalente al estimado previamente con el 1% de la comisión a los pensionados, es decir, \$ 25.605 millones anuales que podrían llegar a \$ 31.465 millones.

Adicionalmente podría darse la alternativa de incrementar la comisión al 2% y redestinar la totalidad de estos ingresos al financiamiento del seguro, lo que cubriría parte importante de los recursos necesarios. De acuerdo a las estimaciones, el 2% de los pensionados afiliados equivale a \$ 51.210 millones a 2010, con la posibilidad de alcanzar los \$ 62.929 millones dada la universalidad del beneficio.

d) Copago por uso

Dado que con las alternativas anteriores no es posible financiar los costos actuariales del seguro, se hace necesaria la implementación de un copago por parte de los usuarios del servicio, proponiéndose una escala según lo que se reciben.

El copago, como proporción del uso de los beneficios, sería el colchón financiero del seguro, de otro modo los recursos no cubrirían los costos estimados. La proporción debe ser mayor para los dependientes severos, dado su mayor costo.

Asumiendo un copago de \$20.000 para los dependientes moderados y de \$40.000 para los severos, en el

15 No se cuenta con cifras para el resto de la industria.

primer año de operaciones se recaudaría un total de \$21.367 millones. Este cálculo considera el supuesto de gradualidad en la implementación del seguro (20% los dos primeros años). Evidentemente el cobro dependerá de los diferentes recursos asignados.

Este copago podría no ser una carga tan fuerte para los pensionados más vulnerables si se considera que recientemente fue aprobada la eliminación gradual del 7% de cotización de salud.

e) Aporte de Municipios y del Estado

Aunque no se ha cuantificado en este estudio, se estima que aquellos Municipios en los que habiten adultos mayores que sean beneficiarios del seguro, debieran generar la capacidad para entregar algún nivel de recursos al fondo que se establezca, en razón a la mejora evidente en la calidad de vida que aportará este nuevo seguro.

También el Estado debiera contribuir al fondo del seguro, atendiendo a que actualmente ya asigna recursos a instituciones de beneficencia que, en un escenario de operación del beneficio, podrían ser calificadas como "entidades ejecutoras del seguro de dependencia", y en ese caso, recibir aportes por esta nueva vía.

A.5.4 Resumen

Agrupando las políticas detalladas anteriormente, el seguro de dependencia podría financiar una parte considerable de su gasto anual vía redestinamiento de recursos o transferencias. En resumen, se contaría con los siguientes ingresos:

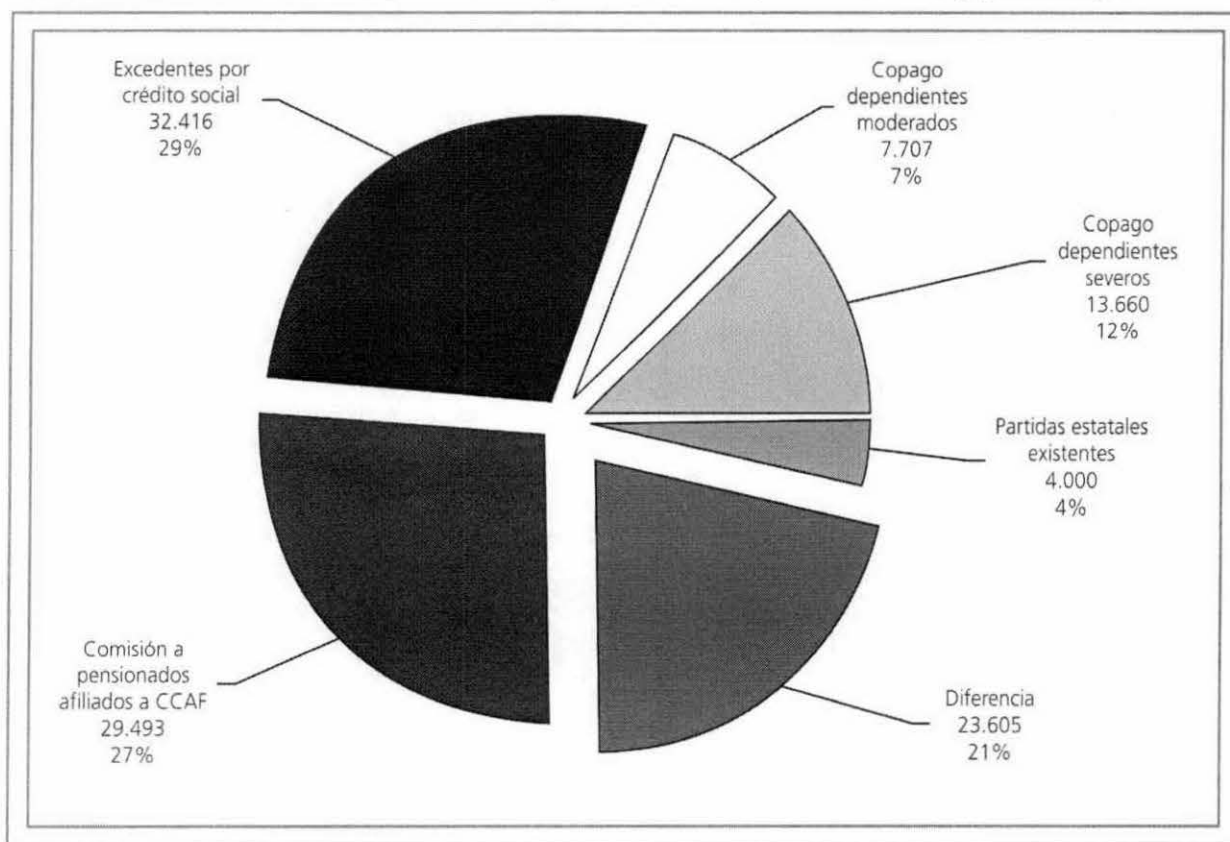
Tabla 46: Resumen de posibles fuentes de financiamient

Alternativa	Fuente	Monto anual (MM\$)
Modalidad 1:	- 1% por concepto de comisión a pensionados afiliados a CCAF.	\$ 25.605
	- Copago en función a prestaciones demandadas.	-
	Total:	\$ 25.605
Modalidad 2:	- 1% por concepto de comisión a pensionados afiliados a CCAF.	\$ 25.605
	- Copago en función a prestaciones demandadas.	-
	- Parte de los excedentes de crédito social de las CCAF.	\$ 57.095
	Total:	\$ 82.700
Modalidad 3:	- 1% a 2% por concepto de comisión a pensionados afiliados a CCAF.	\$ 25.605 - \$ 51.210
	- Copago en función a prestaciones demandadas.	-
	Total:	\$ 25.605 - \$ 51.210

Fuente: Elaboración CIEDESS.

Dependiendo de la modalidad que se considere y la magnitud del copago de los beneficiarios, se obtendría una parte importante del financiamiento necesario, a lo que se podrían añadir partidas presupuestarias de programas públicos existentes, que se focalizan en gran parte a adultos mayores con cierto grado de dependencia. Suponiendo la factibilidad de las alternativas planteadas anteriormente, la distribución para el financiamiento del seguro sería la que se detalla a continuación.

Gráfico 27: Distribución de aportes en el primer año de operación (MMS y porcentaje)

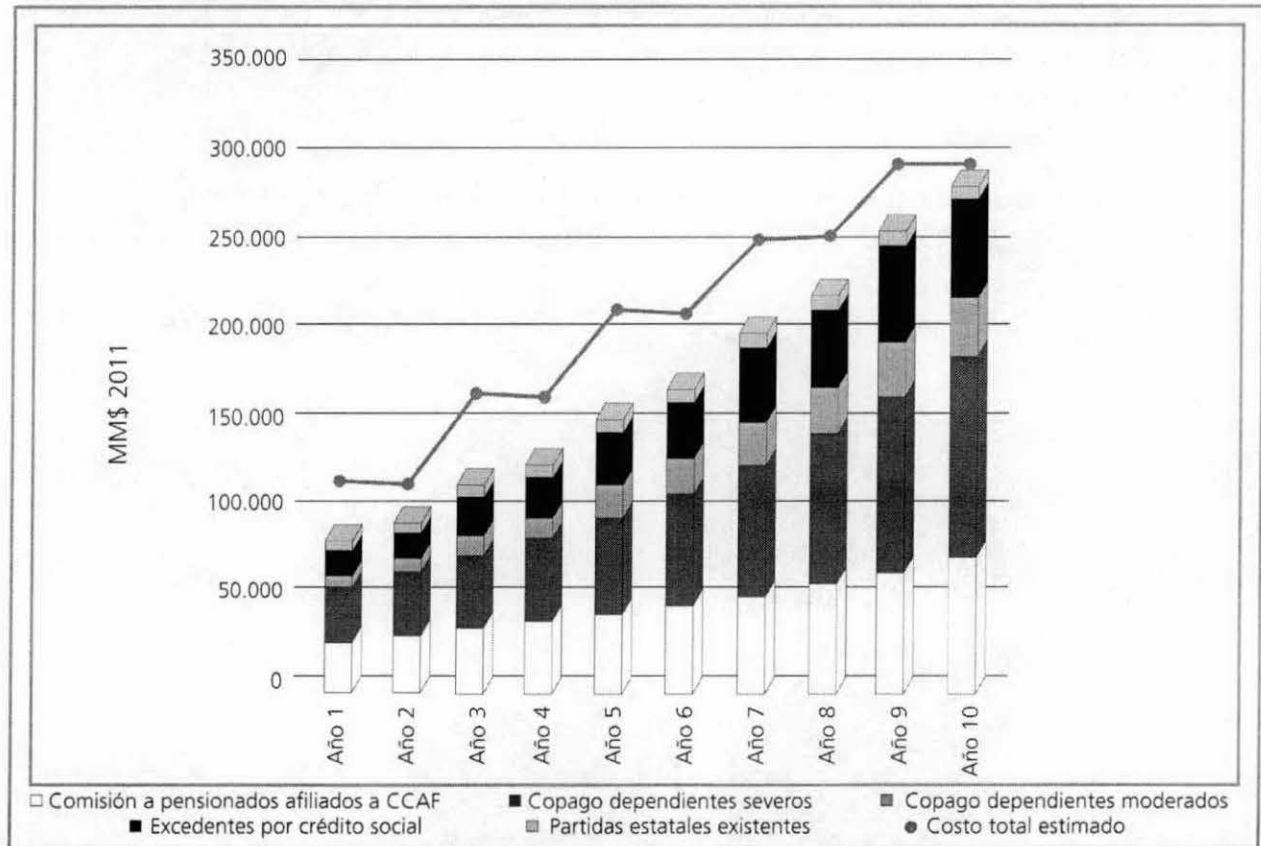


Fuente: Elaboración propia.

El financiamiento proviene principalmente de parte de los excedentes de crédito social (29%), seguido del 1% de los pensionados afiliados a las CCAF (27%) y el copago de los beneficiados (19%). Un aspecto relevante es que si se utiliza el 2% de los pensionados, los recursos sería tales que la diferencia faltante se elimina (US\$ 47 millones) y el copago se reduce. Lo anterior deja en claro la importancia de obtener estas fuentes para el desarrollo del seguro.

Si se compara lo anterior con los costos estimados, se puede afirmar que si se dispusiera de estos recursos, el seguro propuesto en este documento se encontraría parcialmente financiado. No obstante, hay que considerar el crecimiento del gasto proyectado, junto con una estimación de los costos indirectos del seguro social, en particular aquellos asociados a su administración, fiscalización y control, que por muy liviana que sea, implicará partidas de gastos para el Gobierno. Parte de estos incrementos podrían compensarse con los ingresos que están en directa relación con el número de pensionados. La proyección de las fuentes de financiamiento para los próximos 10 años se presenta en el gráfico siguiente.

Gráfico 28: Proyección de los aportes al financiamiento del seguro (MM\$ de 2011)



Fuente: Elaboración propia.

A.6 Institucionalidad y gestión

Como se analizó anteriormente, a nivel mundial existen distintas estrategias para enfrentar la instalación de un sistema de protección social al problema de la dependencia. En esta sección, se considerarán las soluciones de algunos países desarrollados —Alemania, España, Italia, Reino Unido, Francia, Suecia, Estados Unidos y Japón— para entregar seguridad social frente a tal contingencia, estableciendo si existe consenso en áreas determinadas, de tal forma que esto sirva de guía para la instalación de un seguro social de protección a la dependencia en Chile.

El enfoque general en estos países consiste en entregar acceso a cuidados de largo plazo para quienes estén en situación de dependencia. Más allá de eso, sin embargo, es poco lo que tienen en común. Algunos utilizan un enfoque de protección universal con características de seguros sociales tradicionales y generalizados para todos los beneficiarios del sistema de seguridad social —como Alemania, Italia, Suecia, España o Japón—, mientras otros se enfocan en la protección y asistencia de aquellos que se encuentran en los estratos socioeconómicos más vulnerables o desposeídos —como Francia, Estados Unidos o el Reino Unido—.

Del análisis de los modelos expuestos se desprende que unos países entregan beneficios para todas las personas en situación de dependencia en el mismo programa —Estados Unidos, Suecia, Italia, Alemania y España—, mientras que otros separan políticas de cuidado de largo plazo para adultos mayores de políticas para gente de menor edad, e incluso algunos dejan fuera a los dependientes no adultos mayores de políticas de largo plazo, protegiendo a éstos a través de políticas de Estado relacionadas con trabajo o salud —Francia, Japón, Reino Unido—.

Existen, sin embargo, una serie de elementos conceptuales comunes que, si bien toman distintas formas en cada país, establecen una pauta común para todos los sistemas, y que podrían definir —con excepciones notables— los criterios organizativos mínimos para una política de seguros de dependencia. Éstos son los siguientes:

1. Enfoque en las necesidades de cuidados de largo plazo como un elemento particular y transversal tanto a las necesidades médicas como sociales de la población.
2. Administración descentralizada del servicio, entregando la responsabilidad de selección y asignación de los beneficiarios de éste, a los municipios o autoridades autónomas y locales, organismos que ya administran a nivel regional ciertos programas de seguridad social. El financiamiento también suele tener un fuerte componente en impuestos locales.
3. Financiamiento mayoritariamente público, a través de impuestos generales locales y nacionales, y a través de contribuciones de los mismos trabajadores. En algunos países, y bajo ciertas condiciones, se cobra un copago por el servicio.
4. Prestaciones públicas y privadas, con o sin fines de lucro. El Estado asegura el derecho a recibir la prestación, más no necesariamente la entrega, y si la entrega, permite también la participación de privados, ya sea con o sin fines de lucro, en distintas áreas.
5. Enfoque en comunidad y entorno, en casi todos los sistemas menos en Estados Unidos, que tiende hacia la internalización del dependiente. El resto de los países tienden a entregar apoyo

a la familia y cuidadores informales, o a auspiciar la contratación de cuidado formal, y a influir en la participación del adulto mayor en centros de día con tal de asegurar bienestar familiar e integración social.

6. Equidad territorial, asegurada por algún sistema de apoyo financiero gubernamental y centralizado que asegura recursos a las localidades a través de subvenciones. Para Italia, sin embargo, esto sigue siendo un problema.
7. Categorización de los beneficiados según grado de dependencia.
8. Relativa libertad de elección, pudiendo en general los beneficiados elegir el prestador con el cual podrán recibir el servicio que desean. Algunos países entregan más libertad que otros (Francia, Italia).

El desafío de la creación de un seguro de dependencia está en adaptar estas características al sistema nacional de Seguridad Social.

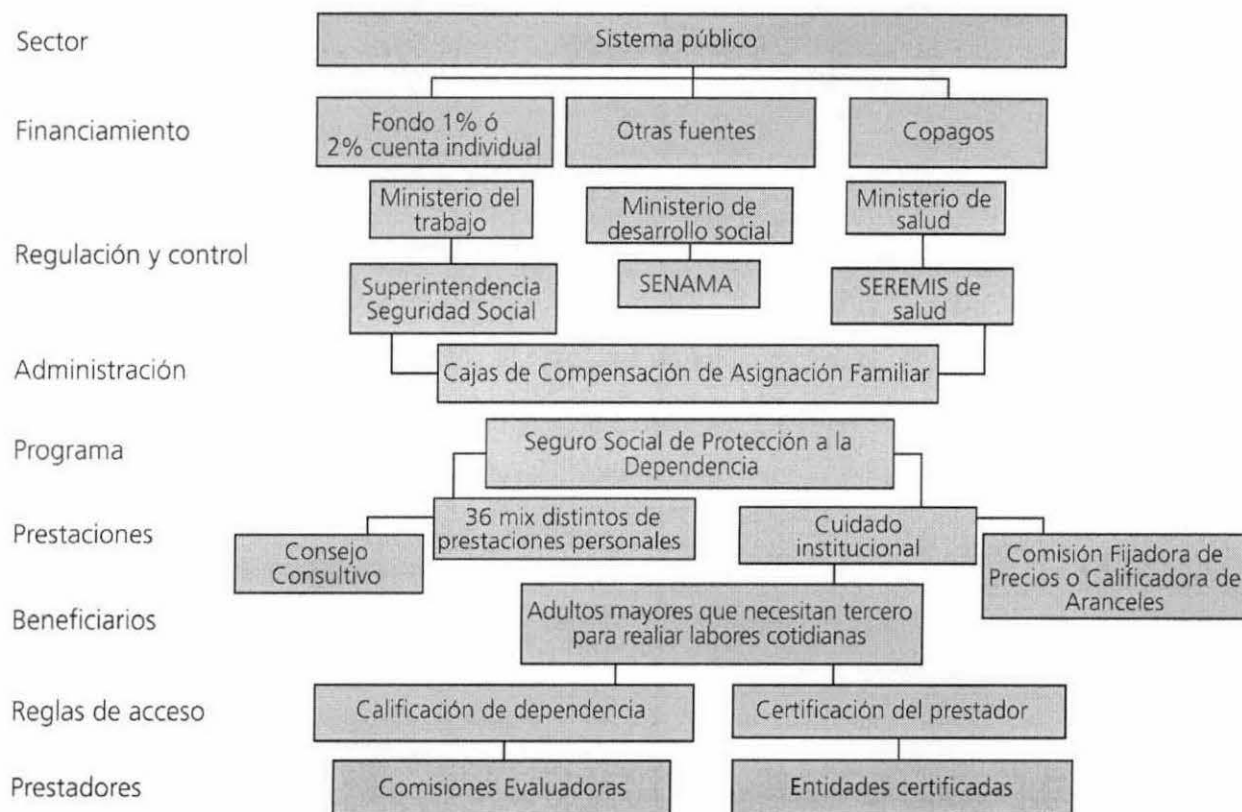
A.6.1 Institucionalidad para el seguro de dependencia

De acuerdo a la experiencia internacional, la operatividad del seguro debiese quedar a cargo de una entidad nacional que administre los fondos económicos derivados del sector público, empleador y/o beneficiario según el sistema que se establezca, para luego financiar los servicios y atenciones ofrecidas. Cabe destacar que internacionalmente existen seguros tanto públicos como privados y la inserción en uno de ellos depende de las condiciones económicas del beneficiario.

En este contexto, en los ejemplos de países desarrollados considerados, los recursos suelen reunirse tanto de aportes fiscales del gobierno central como de impuestos locales. Esto asegura un sistema de control común, además de equidad territorial entre diferentes localidades.

Así como el manejo de recursos suele ser centralizado, la administración del sistema suele ser descentralizada, apoyándose en autoridades y agencias locales, como municipalidades, comunidades o estados federales, lo que permite mayor eficiencia en la determinación de las necesidades y en la entrega del servicio.

En Chile, dada la fuerte centralización de la administración política nacional, y de las particularidades de nuestro sistema de seguridad social, se podría considerar la posibilidad de administrar el seguro a través de agencias de la seguridad social, como lo son las Cajas de Compensación y Asignación Familiar o las Mutualidades de Empleadores, siendo éstas reguladas por los organismos de supervisión pertinentes. Éstas se encargarían de financiar los fondos para las prestaciones determinadas.

Figura 10: Sistema propuesto para un Seguro de Dependencia en Chile**(1) Institucionalidad para la prestación: Entidades certificadas.**

Para que el seguro de dependencia pueda ser utilizado, se necesita que los posibles prestadores de servicios (centros de cuidado, hogares de reposo y similares) estén registrados y regulados, de tal forma que cumplan con los requerimientos mínimos para la entrega de un servicio adecuado y de calidad a las necesidades de los beneficiarios.

En general los países tienen sistemas de certificación para la entrega de prestaciones "en especie", como cuidado de día, enfermería u otros. Esto no es tan cierto para la entrega de beneficios monetarios a los beneficiarios, que pueden tener menores niveles de regulación, dependiendo del país.

La primera opción considerada a nivel internacional es entregar beneficios monetarios permitiendo total libertad de elección. Esto se permite en Italia y Alemania, por ejemplo, si bien en Alemania el valor de las asignaciones monetarias es inferior al valor de las asignaciones de servicios, siendo esto un incentivo a la elección de beneficios en especie, además de mantener una cierta vigilancia al estado de los supervisados (Da Roit y Le Bihan, 2010).

La otra opción es limitar en algún nivel, y a través de algún mecanismo, la elección del usuario entre entidades certificadas por la autoridad. En Estados Unidos, por ejemplo, para poder proveer servicios a Medicaid o Medicare es obligatorio estar certificado e inscrito como participante del programa, por la autoridad estatal local. En Francia, la Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) se debe utilizar para contratar servicios de cuidado, los que perfectamente

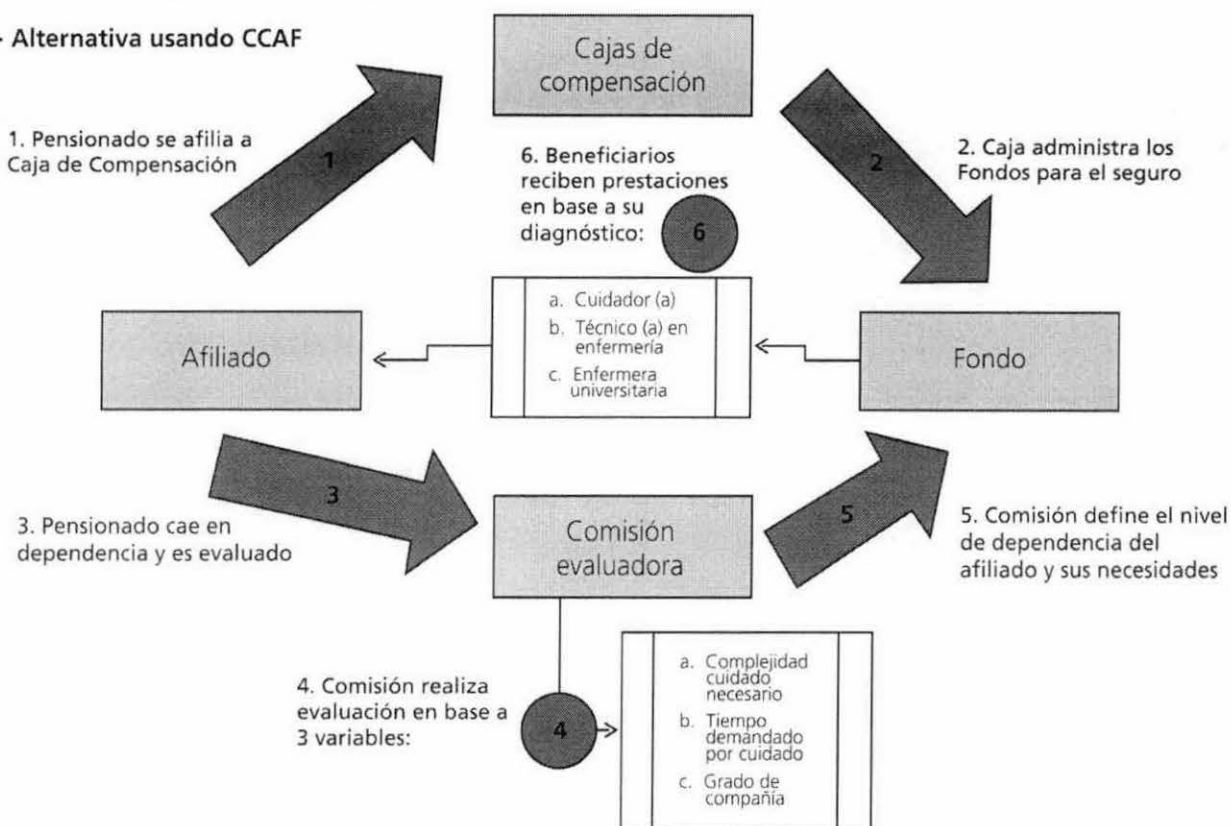
pueden ser informales, sin embargo, el servicio contratado debe cumplir con ciertas características asociadas a evaluación médica y social realizada al beneficiario al momento de postular, y los gastos son controlados, además de que debe existir un contrato de trabajo. El Chèque Emploi Services universal (CESU), asignación monetaria asociada a la entrega del APA, debe ser usado de forma bien específica entre proveedores certificados.

La opción final es asignar o dirigir al beneficiario a alguna de las entidades certificadas, seleccionada a través de una evaluación de las necesidades del beneficiario, de cercanía geográfica, y/o de algún otro parámetro.

Respecto del cuidado informal entregado en casa. En general, al comparar los distintos sistemas de entrega de seguros y cuidados a quienes se encuentran en estado de dependencia, nos encontramos de que, antes que prohibir, lo que se hace es tratar de proteger al cuidador informal, apoyarlo económica y psicológicamente en el agotamiento excesivo que implica su labor e incluso entregarle conocimientos que lo lleven a una mejor preparación y mejor cuidado del dependiente. Por lo general, estos beneficios están de alguna forma separados de los beneficios entregados para institucionalización o de cuidados formales, dado que quienes son institucionalizados por lo general sufren de un grado de dependencia mayor que quienes se quedan en casa. Lo importante es crear mecanismos para aliviar la carga y capacitar a los familiares o personas cercanas que se ven convertidos en responsables de una persona que no puede valerse totalmente por sí misma. De hecho el cuidado informal es muy importante en los países que cuentan con estos seguros, por ejemplo, los países de la OECD presentan en promedio un 11,7% de la población sobre los 50 años presta atención a familiares para actividades del diario vivir, la mayoría de las cuales son mujeres y un número no menor incluso está sobre los 75 años (OECD, 2011)

Figura 11: Propuesta de Entrega del Servicio

· Alternativa usando CCAF



(2) Institucionalidad para la certificación.

Se hace necesario contar con una agencia central que defina los criterios bajo los cuales se deba entregar el seguro y, de ser establecido así, los niveles de dependencia definidos. Debajo de esta entidad, debería haber agencias locales que evalúen a este nivel a los solicitantes, en base a los criterios determinados.

Más que tomar un modelo externo, podemos tomar en cuenta como ejemplo de institucionalidad certificadora el que localmente proporcionan las Comisiones Médicas Regionales y la Comisión Médica Central, creadas por el D.L. N° 3.500 de 1980, encargadas las primeras de evaluar al afiliado al sistema de pensiones que solicite un seguro de dependencia, y el segundo, de evaluar las apelaciones realizadas por las Administradoras de Fondos de Pensiones o de los afiliados que presenten diferencias con el diagnóstico entregado. Cada una de las comisiones regionales son organismos independientes formados por tres médicos cirujanos elegidos por la Superintendencia de Pensiones, que además, en este caso, entregan las definiciones de invalidez para distintos tipos de afecciones, en base a un documento central de normas de evaluación, al que las comisiones deben atenerse de forma estricta.

En el caso de un seguro de dependencia, podría establecerse una institucionalidad técnica similar que establezca las necesidades de la persona tras una evaluación que sea tanto médica como social, formada por profesionales afines —e.g., médicos, asistentes sociales y/o psicólogos comunitarios, entre otros— y por lo tanto apoyada técnicamente en la red de salud existente. Estos organismos deberían atenerse a la normativa

de evaluación definida por la autoridad supervisora pertinente, la que, podría estar definida a entregar un beneficio que lleve a igualar la situación de cada afectado, o a entregar un beneficio igualitario a todos y cada uno de los solicitantes aprobados por los evaluadores para recibir el beneficio.

(3) Institucionalidad para la supervisión

La particularidad de un programa que se enfoque en la dependencia y los cuidados de largo plazo es que entrega un servicio inserto en dos diferentes sistemas de seguridad social: la salud y la protección social. El establecimiento de una política de cuidados para la dependencia debe, por tanto, generar una estructura de gestión que ordene las distintas partes de la política bajo los organismos de supervisión correspondientes —i.e., Superintendencia de Seguridad Social, Ministerio de Desarrollo Social y Servicio Nacional del Adulto Mayor, el Sistema Nacional de Servicios de Salud y la red de Atención Primaria y sus ministerios asociados, sin impedir esto la posible participación de algún otro organismo supervisor como SVS o Contraloría— evitando problemas de cruce de funciones.

Como propuesta, podrían ser las SEREMI de Salud, como representantes del Ministerio de Salud, las que certifiquen a los prestadores y trabajadores de servicios contra la dependencia. La Superintendencia de Seguridad Social debería velar por la correcta entrega del servicio de parte de las Cajas de Compensación. SENAMA debería definir la política, los objetivos y los beneficiarios de ésta. La coordinación de esta labor, entonces, le corresponde al Ministerio de Desarrollo Social, por el lado de la evaluación de los organismos encargados de la administración del programa, además de las definiciones de objetivos y metas para la política a través de SENAMA; y al Ministerio de Salud, a través de las SEREMIS, les correspondería evaluar la correcta entrega del servicio de parte de los prestadores. Para evaluar la dependencia se hará necesario el organismo técnico ya mencionado en la subsección anterior, equivalente a las Comisiones Médicas, las que permitan evaluar el grado y naturaleza de ésta.

Con respecto a la evaluación de la entrega de servicios, se hará necesario definir una coordinación entre quienes evalúan la correcta entrega de la prestación (SUSESO), la correcta evaluación de la dependencia (Comisiones) y la correcta ejecución de la prestación (SEREMIS). Esta estructura entrega la mayor carga fiscalizadora a organismos relacionados con el Ministerio de Desarrollo Social, por lo que esta forma de organización, aparentemente compleja, no enfrente necesariamente problemas graves de coordinación. De todos modos la articulación de la política será dada por este Ministerio, a través de la labor de SENAMA.

Con respecto a este último punto, es necesario aclarar a qué correspondería el rol articulador que tendrá SENAMA. Su misión será definir el enfoque y objetivo de las políticas, y el público objetivo que será receptor de los resultados de éstas. Si bien no tendrá rol alguno en la fiscalización misma del funcionamiento de la política, sí podrá evaluar el cumplimiento de los objetivos de éste y requerir mejoras y cambios en los procesos del sistema, en base a las necesidades de la población adulto mayor percibidas por el organismo. Esto va en concordancia con los roles de la entidad, definidos en la Ley N° 19.828.

Sobre las SEREMIS de Salud, la labor que realizarán no será más que una ampliación de la labor que actualmente realizan al fiscalizar a los prestadores de servicios de salud. De todos modos, será SENAMA quien defina su rol dentro de la política y la evaluación del desempeño de éste con respecto a temas específicamente relacionados a la evaluación de la dependencia, si bien no ejercerán control directo.

El mayor problema puede ser definir a las Comisiones Evaluadoras. Si bien su rol deberá ser definido por

SENAMA, su ejercicio implica tanto labores médicas como de evaluación social. Se sugiere que, a través de los consultorios u otras instituciones equivalentes, se realice la evaluación y datos de la persona, los que luego pasen a una institución dependiente del SENAMA, y por tanto del Ministerio de Desarrollo Social, y con jurisdicción regional —la Comisión Evaluadora en sí— la cual decidirá en base a los datos registrados sobre el grado de dependencia de la persona evaluada.

Con respecto a la labor de expandir y eventualmente extender las prestaciones del seguro, se podría establecer una entidad técnica como lo es el Consejo Consultivo AUGÉ, compuesta por académicos en áreas de administración, economía de la salud y vejez, además de miembros de las instituciones fiscalizadoras y representantes de los organismos administradores que sean considerados, para elaborar decisiones sobre las propuestas de ampliación de la política, ya sea en prestaciones o en cobertura, y para entregar informes evaluativos periódicos relativos a estas ampliaciones o modificaciones.

(4) Procesos

Para la definición de un marco de funcionamiento se debe incluir la certificación de prestadores, afiliación, recaudación, recepción de solicitudes, otorgamiento de prestaciones, inspección. De este modo, y teniendo en cuenta la estructura de la seguridad social chilena, podemos prever la organización del funcionamiento del programa bajo la siguiente estructura:

a) Sector

El seguro de dependencia propuesto aquí es un programa de política pública, por lo que lógicamente se encuentra bajo control del Estado.

El seguro se encontrará bajo varios organismos estatales, los cuales pueden dividir la administración del programa. Se ha propuesto en la sección anterior que la definición de objetivos y coordinación del programa se encuentre bajo SENAMA y el Ministerio de Desarrollo Social, estando la fiscalización de la entrega del beneficio a través de las Cajas de parte del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través de la Superintendencia de Seguridad Social, y la fiscalización de las prestaciones de salud entregadas bajo la observación del Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales de Salud

b) Financiamiento

Lo que queda definir es si los recursos serán obtenidos a través de las fuentes ya existentes en la seguridad social, como es el caso de las diferentes modalidades tratadas anteriormente, en particular provenientes de las CCAF. Asimismo, se establece un copago por parte del asegurado en función a su nivel de uso.

c) Administración

Las entidades que se dedican a la administración del seguro son por lo general, a nivel mundial, entidades públicas, autónomas y descentralizadas en su funcionamiento, enfocadas a las necesidades locales, regionales o comunitarias de su lugar de ubicación geográfica.

La definición de qué tipo de institución administrará el seguro de dependencia estará relacionada con la definición del sistema de financiamiento del seguro, ya que serán estas entidades las que se encargarán de mantener y hacer crecer los fondos individuales y estatales surgidos de la política. Pero de todos modos,

queda espacio para preguntarse si, a pesar del sistema de financiamiento inicial elegido para el seguro, se puede crear un proceso de licitación para obtener un organismo que se dedique únicamente a la administración de estos seguros, como lo es la AFC en el caso de la administración del seguro de cesantía.

Separado de la administración de los fondos del seguro, la evaluación de la presencia de dependencia en algún afiliado deberá ser realizada por algún organismo de evaluación parecido a las Comisiones Médicas Regionales y a la Comisión Médica Central, relacionadas con la administración y evaluación de los requerimientos de la Pensión de Invalidez y mencionadas anteriormente en el punto 4 de esta sección.

d) Programa

El programa hasta ahora se define como un seguro de dependencia, dirigido a adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos. Se puede decir que la filosofía tras el seguro se adaptará en un grado importante a la filosofía general de la Seguridad Social y la Protección Social en Chile: fomento al ahorro, integración público-privada, responsabilidad individual, libertad de elección, rol subsidiario del Estado, solidaridad, universalidad, piso mínimo de protección frente a la vulnerabilidad. También que deberá enfocarse principalmente en el cuidado y la protección de la autonomía del adulto mayor dependiente, y en suavizar la carga que significa para los cuidadores informales y familias el trabajo con personas en situación de dependencia.

e) Prestaciones y prestadores

Los beneficios en especie, deberán estar regulados e inscritos en el organismo fiscalizador correspondiente. Una comisión técnica podría certificar a los distintos prestadores existentes y mantener una lista que permita asignar a la gente a un lugar de tratamiento según necesidades de cuidado y ubicación geográfica.

f) Usuarios

Se ha definido a los potenciales usuarios del sistema como adultos mayores con dificultad para realizar por sí mismos actividades de la vida diaria. Esto incluye a toda la población chilena sujeta al sistema de seguridad social, y a quienes no han podido participar de éste por diversas razones. Queda por definir si los beneficios a entregar tendrán algún tipo de diferenciación por cuestiones de ingreso, grados de necesidad, y necesidades locales. La experiencia internacional muestra bastante variedad en este aspecto, si bien cierto grado de diferenciación por ingresos y el establecimiento de grados de dependencia o planes individuales para cada caso parecen ser la tónica.

A.7 Aspectos Legales

Dado que el presente estudio tiene como objetivo central insertar a nivel de Gobierno la discusión y eventual implementación de una política pública orientada a la configuración de un seguro social de protección a la dependencia, este capítulo solo se focalizará en entregar algunas recomendaciones y puntos esenciales en materia legislativa.

A.7.1 Marco legal existente

Actualmente en Chile no existe un instrumento legal que trate la contingencia de la dependencia. La regulación de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) en Chile es reglamentaria y no legal, a través del Decreto N° 14 de 2010, del Ministerio de Salud, por lo que se le deja a la potestad reglamentaria del Presidente de la República, la regulación de estos Establecimientos.

Este Decreto establece que “el nivel de la valencia de los adultos mayores se clasificará de acuerdo a la escala de evaluación funcional Katz”. Asimismo, define como dependencia a “la situación derivada de la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual de una persona para desarrollar por sí misma las actividades corrientes de la vida diaria, por lo que requiere apoyo, asistencia o ayuda de otra”¹⁶.

Otro punto relevante son las prestaciones mínimas que obliga a ofrecer a los ELEAM según los diferentes niveles de dependencia psíquica o física que presenten los adultos mayores: creo que también debería citarse el artículo del DS que los señala.

- Severa:
 - Un auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche.
 - Un cuidador por cada siete residentes 12 horas del día y uno por cada diez en turno nocturno. De acuerdo con ello, a partir de ocho residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de quince corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.
- Leve o moderada:
 - Un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día.
 - Un cuidador por cada doce residentes dependientes 12 horas del día y uno por cada veinte en horario nocturno. De acuerdo con ello, a partir de trece residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de veinticinco corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.
- Autovalente:
 - Un cuidador por cada veinte residentes durante las veinticuatro horas.

16 Ver Artículo N° 16 del Decreto N° 40 de la Subsecretaría de Salud Pública.

Por otra parte, la Ley N° 19.828 de septiembre de 2002 crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, estableciendo como una de sus funciones fundamentales “proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan”¹⁷. Por otra parte el mismo artículo dota a SENAMA de la facultad de prestar asistencia técnica y supervisar a organismos privados con o sin fines de lucro que brinden acogida y atención integral al adulto mayor que facilite su inserción a la sociedad. Bajo este contexto, el SENAMA sería un actor protagonista en la implementación del seguro de dependencia.

Pese a la inexistencia de una normativa directa al adulto mayor que establezca la acción puntual como país, el SENAMA sigue las líneas de algunas recomendaciones internacionales, basadas en el Plan de Acción de Madrid y las Conferencias Intergubernamentales de Chile (2003) y Brasilia (2007).

A.7.2 iniciativa de un Proyecto de Ley

Dada la especificidad del beneficio, se requeriría el desarrollo de un instrumento legislativo propio. Como lineamientos de un eventual Proyecto de Ley, se recomienda considerar una figura que incorpore los siguientes elementos:

- Capítulo Primero: Seguro de dependencia de adultos mayores.
 - Creación de un seguro de dependencia.
 - Definiciones.
 - Ámbito de aplicación.
- Capítulo Segundo: Cobertura.
 - Beneficiarios.
 - Requisitos de acceso.
 - Grados de dependencia.
- Capítulo Tercero: Prestaciones.
 - Catálogo de prestaciones.
 - Servicios.
 - Procedimiento para acceder al seguro.
- Capítulo Cuarto: Administración.
 - Proveedores de los servicios.
 - Administración.
 - Comisión de calificación de dependencia.

17 Ver Artículo N° 3 de la Ley N° 19.828.

- Certificación de proveedores.
- Fiscalización
- Capítulo Quinto: Financiamiento.
 - Financiamiento.
 - Administración y recaudación.
- Capítulo Quinto: Otros.
 - Disposiciones transitorias y modificatorias.
 - Gradualidad en la aplicación del seguro de dependencia.

A.7.3 Reseña internacional

Ya se ha detallado la estructura de este tipo de seguro en los países desarrollados. No obstante, se hace necesario contar con alguna reseña en materia legal que oriente la implementación en el caso chileno. Considerando dos casos de reciente creación de sus respectivos instrumentos legales, se tratarán en detalle la Atención de la Autonomía Personal y Calidad de los Servicios para los Ancianos en Francia (2002) y el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que ofrece España (2006).

a) Francia

La normativa del modelo francés está inserta en el Código de Acción Social y Familias a través del Programa APA (Allocation Personalisee d'Autonomie) de 2002, dirigido a la población de 60 años o mayor que ha caído en situación de dependencia. La composición de su estructura normativa es la siguiente:

Tabla 47: Estructura normativa de la prestación en Francia

Sección	Descripción
- Sección 1:	Atención de la autonomía personal y calidad de los servicios para los ancianos.
Sub-sección 1:	Condiciones generales de atribución de la atención personalizada de autonomía
Sub-sección 2:	La atención y asignación de autonomía personal en casa
Sub-sección 3:	Atención de la autonomía personal institucional
- Sección 2:	Gestión de la asignación de la autonomía personal
- Sección 3:	La financiación de la asignación de la autonomía personal
- Sección 4:	Disposiciones comunes

Fuente: Elaboración propia.

b) España

Por su parte, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, establece la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. El sistema español de dependencia posee el siguiente esquema de funcionamiento:

Tabla 48: Estructura normativa de la prestación en España

Título	Descripción
- TÍTULO PRELIMINAR:	Exposición de motivos
- TÍTULO I:	Sistema para la autonomía y atención a la dependencia
CAPÍTULO I	Configuración del sistema
CAPÍTULO II	Prestaciones y catálogo de servicios de atención al sistema para la autonomía y atención a la dependencia
SECCIÓN PRIMERA	Prestaciones del sistema
SECCIÓN SEGUNDA	Prestaciones económicas
SECCIÓN TERCERA	Servicio de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado
CAPÍTULO III	La dependencia y la valoración
CAPÍTULO IV	Reconocimiento del Derecho
CAPÍTULO V	Financiación del sistema y aportación de los beneficios
- TÍTULO II:	La calidad y la eficacia del sistema para la autonomía y atención a la dependencia
CAPÍTULO I	Medidas para garantizar la calidad del sistema
CAPÍTULO II	Formación en materia de dependencia
CAPÍTULO III	Sistema de información
CAPÍTULO IV	Actuación contra el fraude
CAPÍTULO V	Órganos consultivos del sistema para la autonomía y atención a la dependencia
- TÍTULO III:	Infracciones y sanciones
- Otros:	16 disposiciones adicionales
	2 disposiciones transitorias
	9 disposiciones finales

Fuente: Elaboración propia.

Cabe señalar que la implementación de esta ley no ha estado exenta de problemas. Como la evolución futura de la población dependiente se determina por el proceso de envejecimiento demográfico, situación que no es lineal ni uniforme en el tiempo, han tenido que considerar este elemento y las mejoras tecnológicas para determinar, a su vez, los servicios que serán más demandados a futuro, por lo que se observa una mayor demanda de fondos a los estimados. En el tema del financiamiento, existe una discriminación arbitraria entre los beneficiarios, específicamente dependiendo de la comunidad donde se reside –existen comunidades que ayudan económicamente en mayor proporción a sus residentes, registrándose también una desigualdad, tanto en cantidad como en calidad de los servicios otorgados–.

Otros problemas hacen referencia a la creación de empleo que permita cubrir la demanda de servicios a los

dependientes, así como la regulación de servicios informales o prestados por familiares de forma sustituta. Se enfatiza en el servicio de teleasistencia, debido a su gran aplicación práctica, utilidad y bajo costo que presenta, frente a otras prestaciones.

Asimismo, se apoya fuertemente la integración en una sola red de los equipos que existen en un hogar, facilitando así, tanto la movilidad como el acceso a todo el hogar de las personas dependientes. A su vez, la inversión en programas de prevención de los factores que tienden a producir dependencia y la necesidad de entidades privadas han surgido como temas de debate.

G.Referencias

Blay B., Daniel (2007). "Seguro Sistema de Cofinanciación de la Dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa". Madrid: FUNDACIÓN MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro, D.L. 2007.

Bucciarelli, Patrice D., (2006). "Long-term care insurance. How to prepare to pay for long-term care costs". Interviewed by Insights Accounting & Consulting is brought to you by SS&G Financial Services Inc. 2006 Smart Business Network Inc. Reprinted from the February 2006 issue of Smart Business Akron/Canton.

Camacho J., Rodríguez M., Hernández M., (2008). "El sistema de atención a la dependencia en España: Evaluación y Comparación con otros países Europeos". Cuadernos Geográficos, 42 (2008-1), 37-52.

Campbell, J. C. y Ikegami, N., (2000). "Long-term care insurance comes to Japan". Health Affairs, 19, no.3 (2000):26-39. doi: 10.1377/hlthaff.19.3.26.

Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). "Anuario de la Seguridad Social 2009", septiembre 2010.

Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). "Modernización de la Seguridad Social en Chile 1980 – 2009, 30 Años", diciembre 2010.

CNN Politics. "Obama drops long-term health care program", Scott Spoerry, 14 de octubre de 2011.

Comas-Herrera, A., Wittenberg R., Costa-Font J., et AL (2006). "Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom". Ageing and Society 26, 285-302 U.K.

Courbage, Christophe y Roudaut, Nolwenn (2008). "Empirical Evidence on Long-Term Care Insurance Purchase in France". The Geneva Papers, N° 33, páginas 645-658, The Geneva Association.

Da Roit, Barbara y Le Bihan, Blanche (2010). "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies", The Milbank Quarterly, Vol. 88, N° 3, páginas 286-309.

Encuesta Nacional de Discapacidad ENDISC2004.

Encuesta Nacional de Protección Social 2004.

Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010.

García De Cortázar y Nebreda, Carlos (2008). "El seguro de dependencia en la Unión Europea. Incidencia del Derecho comunitario en el seguro español". Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración 77, España.

Gleckman, Howard (2010). "Long-Term Care Financing Reform: Lessons from the U.S. and Abroad". The Commonwealth Fund.

Instituto Nacional de Investigación de la Población y la Seguridad Social de Japón. "Social Security In Japan", 2011.

Karlsson, Martin, Iversen, Tor y Øien, Henning (2010). "Scandinavian long-term care financing, Health". Economics Research Programme HERO 2010, Universidad de Oslo.

Luengo M., Carolina, Araneda P., Gloria y López E., Miguel (2010). "Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado". Index Enferm v.19 n.1 Granada ene.-mar. 2010.

Marín L., P., (2000). "Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores". Rev. Med. Chile 2007, 135; 392-398.

Marín L., P., (2006). "Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores". Temas de la Agenda Pública. Centro de Políticas Públicas PUC, Año 1, N°5, Diciembre de 2006.

Ministerio de Salud de Chile. "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010". Tomo II. Ministerio de Salud, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Observatorio Social de la Universidad Alberto Hurtado, 2010.

Ministerio de Salud de, Trabajo y Bienestar de Japón. "Long-term Care Insurance in Japan", 2002.

Morel, Nathalie (2007). "Care policies as employment strategy. The impact of Bismarckian welfare state institutions on child- and elderly-care policy reforms on France, Belgium, Germany and the Netherlands", (Florence: mimeo).

OCDE (2011). "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care", OECD Health Policy Studies, incluyendo Country Notes y Policy Highlights.

Ogura, Seiritsu, Suzuki, Wataru y Zhou, Yanfei (2005), "Long-Term care Insurance of Japan: How it has changed the way we take care of the elderly", Health & Ageing N° 13, páginas 5-7, The Geneva Association.

Olivares-Tirado, P., (2006). "Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile". Documento de Trabajo. Departamento de Estudios y Desarrollo. Superintendencia de Salud.

República Federal de Alemania. "Cuarto Informe del Gobierno Sobre el Seguro de Dependencia". Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, Berlín, Febrero de 2008.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Centro de Microdatos de la Universidad de Chile. "Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores". Gobierno de Chile, 2010.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). "Estudio de Situación de los Adultos Mayores dependientes de pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios", 2007.

Simizutani, Satoshi y Inakura, Noriko (2007). "Japan's Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality-Level Data". Government Auditing Review VOLUME 14.

Superintendencia de Salud, "Impacto del envejecimiento en el gasto en salud de: Chile 2002-2020", Departamento de Estudios y Desarrollo, julio de 2006.

Tediosi, Fabrizio y Gabriele, Stefania (2010), "The Long-term Care System for the Elderly in Italy", ENEPRI Research Report N° 80, European Network of Economic Policy Research Institutes ENEPRI y Assesing Needs of Care in European Nations ANCIEN.

Vaquiroy R., Sandra y Stiepovich B., Jasna (2010). Artículo. "Cuidado Informal, un Reto asumido por la Mujer", SciELO Chile, Ciencia y Enfermería XVI (2): 9-16, 2010.

Sitios electrónicos:

www.deis.cl

www.redsalud.gob.cl

www.safp.cl

www.senadis.gob.cl

www.senama.cl

www.cem.c

H. Anexos**H. 1 Anexo 1: Análisis Financiero****(1) Cajas de Compensación****Firmas y la Industria**

Las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) son corporaciones de derecho privado, con patrimonio propio y sin fines de lucro, regidas por la Ley N° 18.833 de 1989. Su objetivo es la administración de las prestaciones de seguridad social que tiendan al desarrollo y bienestar del trabajador y su grupo familiar, protegiéndolos de las contingencias sociales y económicas que en forma temporal los puedan afectar.

El sistema de Cajas de Compensación, al que inicialmente podían afiliarse sólo los trabajadores manuales, se constituye por consiguiente en una de las primeras experiencias en la administración privada de prestaciones de Seguridad Social, en una época en que el estatismo prevalecía.

El sistema lo integran actualmente cinco Cajas, que a diciembre de 2010 acumulaban un patrimonio de US\$ 1.630 millones, con una población de 4 millones de trabajadores afiliados, agrupados en 80.070 empresas. La participación por entidad en la industria de CCAF a diciembre de 2010 se expone en el Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1								
Participación en la Industria de CCAF								
CCAF	Patrimonio		Empresas		Trab. Afiliados		Beneficiarios	
	MMUS\$	Part.	N°	Part.	N°	Part.	N°	Part.
Los Andes	1.008	61,9%	37.600	47,0%	2.239.652	56,2%	3.011.445	48,1%
La Araucana	239	14,7%	10.819	13,5%	759.165	19,0%	1.236.021	19,7%
Los Héroes	249	15,3%	7.703	9,6%	410.732	10,3%	1.080.688	17,2%
18 de Septiembre	102	6,3%	14.054	17,6%	420.491	10,5%	693.551	11,1%
Gabriela Mistral	31	1,9%	9.894	12,4%	155.694	3,9%	244.381	3,9%
Total	1.630	100%	80.070	100%	3.985.734	100%	6.266.086	100%

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

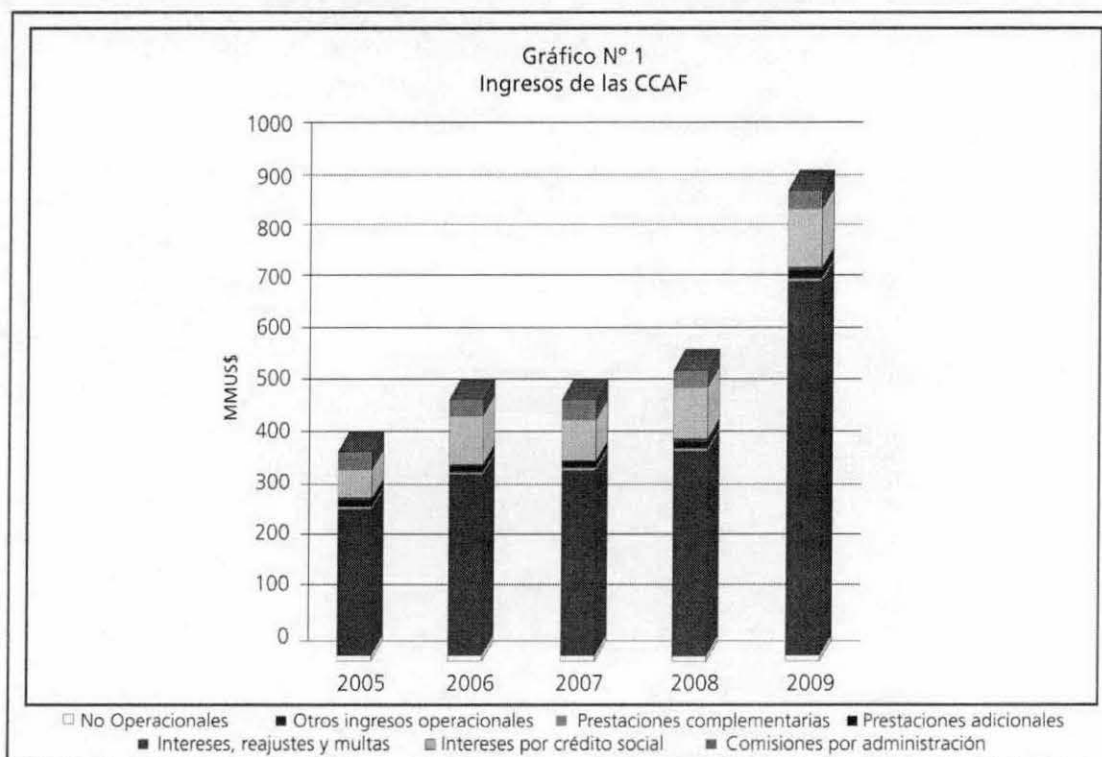
Elaboración: CIEDESS.

La competencia entre las instituciones se desarrolla en forma intensa a partir de la promulgación de la Ley N° 18.833 de 1989, lo que las ha llevado a definir estrategias de acción diferenciadoras para atraer a los sectores laborales. En efecto, algunas han invertido ingentes recursos en tecnología orientada a automatizar el otorgamiento de las prestaciones legales y de los beneficios sociales; otras, han ejecutado importantes programas de construcción de centros vacacionales y recreativos y de clínicas de atención dental; y están aquellas, finalmente, que han centrado su estrategia en privilegiar las prestaciones pecuniarias o bien en desarrollar actividades de educación, formación y capacitación. Esta natural especialización ha incidido en la formación de distintos segmentos de mercado a los que acceden los trabajadores de acuerdo a sus preferencias.

Estadísticas Financieras

Los ingresos de las Cajas de Compensación, a excepción de las prestaciones legales obligatorias que se pagan con cargo a recursos fiscales, proviene de las comisiones generadas por la administración de estas; la rentabilidad de las colocaciones de crédito social; los ingresos por venta de servicios; los ingresos por inversiones, multas y sanciones; y las entradas por actividades vacacionales y recreativas y atenciones médico-dentales (prestaciones complementarias).

Según cifras del año 2005, las Cajas de Compensación percibieron ingresos por un total de US\$ 395 millones, mientras que para 2009 fueron de US\$ 904, lo que equivale en un crecimiento de 129%. El alza en los ingresos se debe principalmente a los intereses percibidos por crédito social, tanto los préstamos con financiamiento propio como externos. Los ingresos por estos intereses pasaron de US\$ 287 millones en 2005 a US\$ 724 millones en 2009, lo que corresponde a un crecimiento de 152%, en línea con la expansión de los créditos otorgados a partir de mediados de ese último año. En el Gráfico N° 1 se presenta la distribución de los ingresos de las CCAF entre 2005 y 2009.



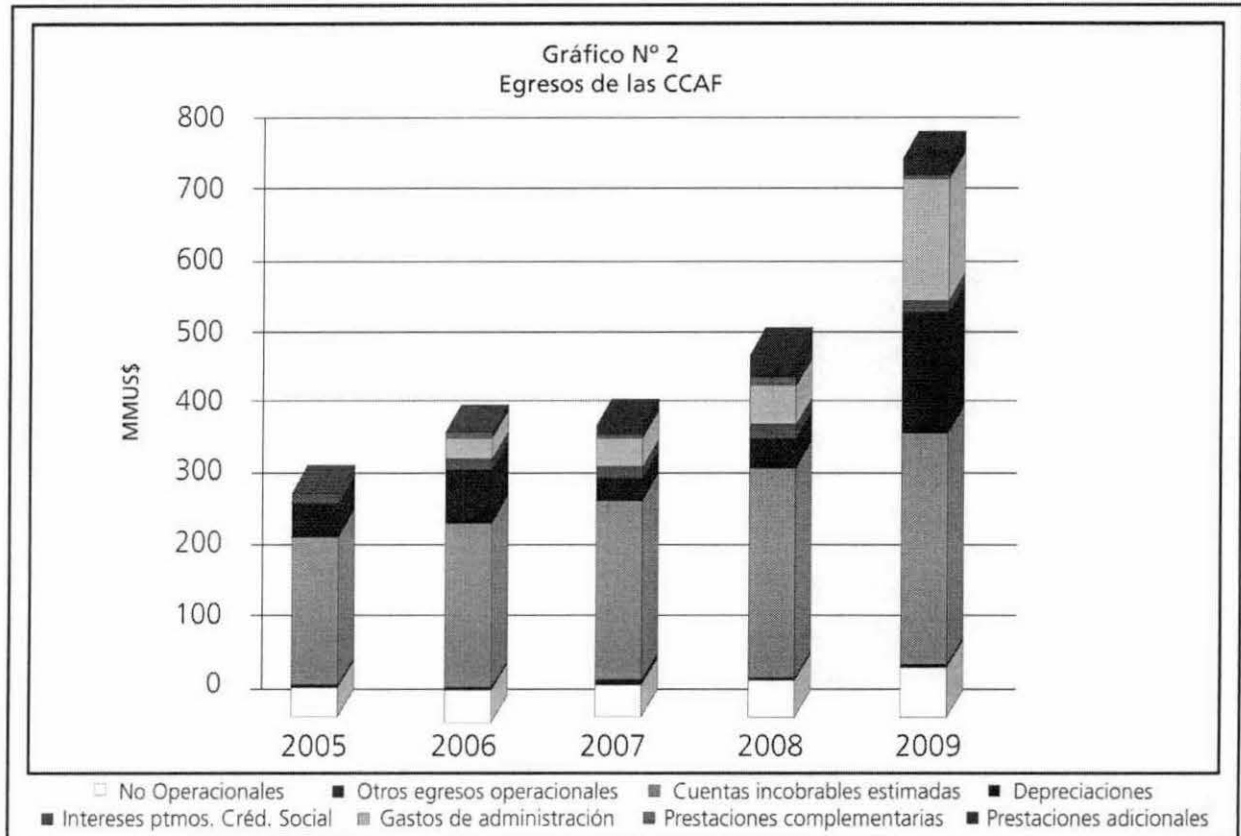
Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Elaboración: CIEDESS.

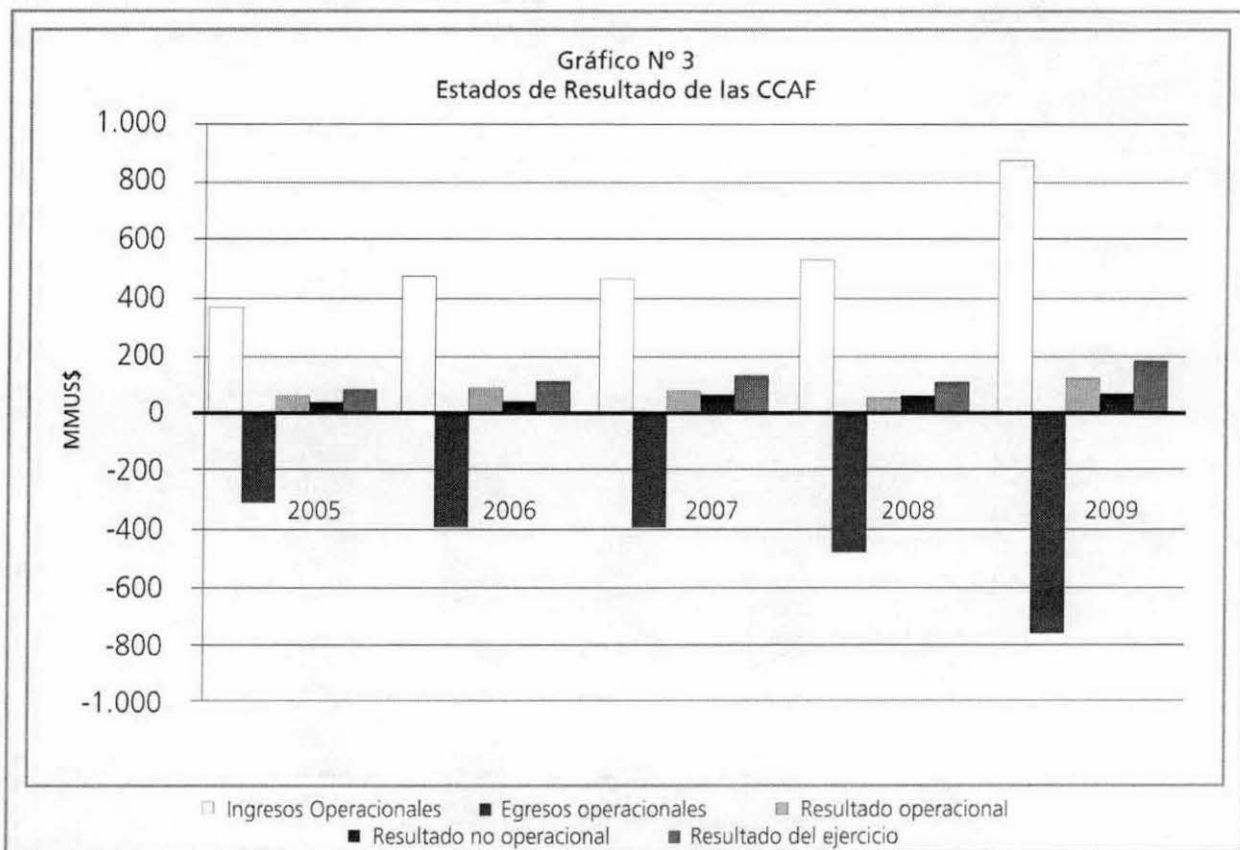
Respecto a los gastos de las Cajas de Compensación, se concentran básicamente en las prestaciones obligatorias, adicionales y complementarias, además de los gastos administrativos (por remuneración al personal, bienes de consumo y servicios y otros) y egresos no operacionales.

Datos a diciembre de 2005 muestran un total de egresos de US\$ 314 millones, mientras que para 2009 fueron de US\$ 731 millones, lo que equivale a un crecimiento de 133%. El aumento en los gastos se debió

principalmente a la evolución de los intereses por préstamos destinados a crédito social, los que pasaron de US\$ 45 millones en 2005 a US\$ 169 millones en 2009, lo que corresponde a un alza de 271%. En el Gráfico N° 2 se presenta la distribución de los egresos para el período analizado.



Considerando los estados de resultado de la industria, se registró un avance en todos los ítems principales. Los ingresos operacionales ascendieron a US\$ 366 millones en 2005, mientras que en 2009 fueron de US\$ 869 millones, lo que significa una expansión de 137%. Asimismo, los gastos operacionales pasaron de US\$ 311 millones en 2005 a US\$ 754 millones en 2009, lo que equivale a un aumento de 142%. Por consiguiente, el resultado operacional obtuvo un alza de 109%, algo menor a la registrada por el resultado no operacional, con un 127%. Lo anterior trajo como consecuencia un excedente del ejercicio de US\$ 80 millones en 2005 y US\$ 173 millones en 2009, lo que corresponde a un alza de 115%. Los resultados se presentan en el Gráfico N° 3.

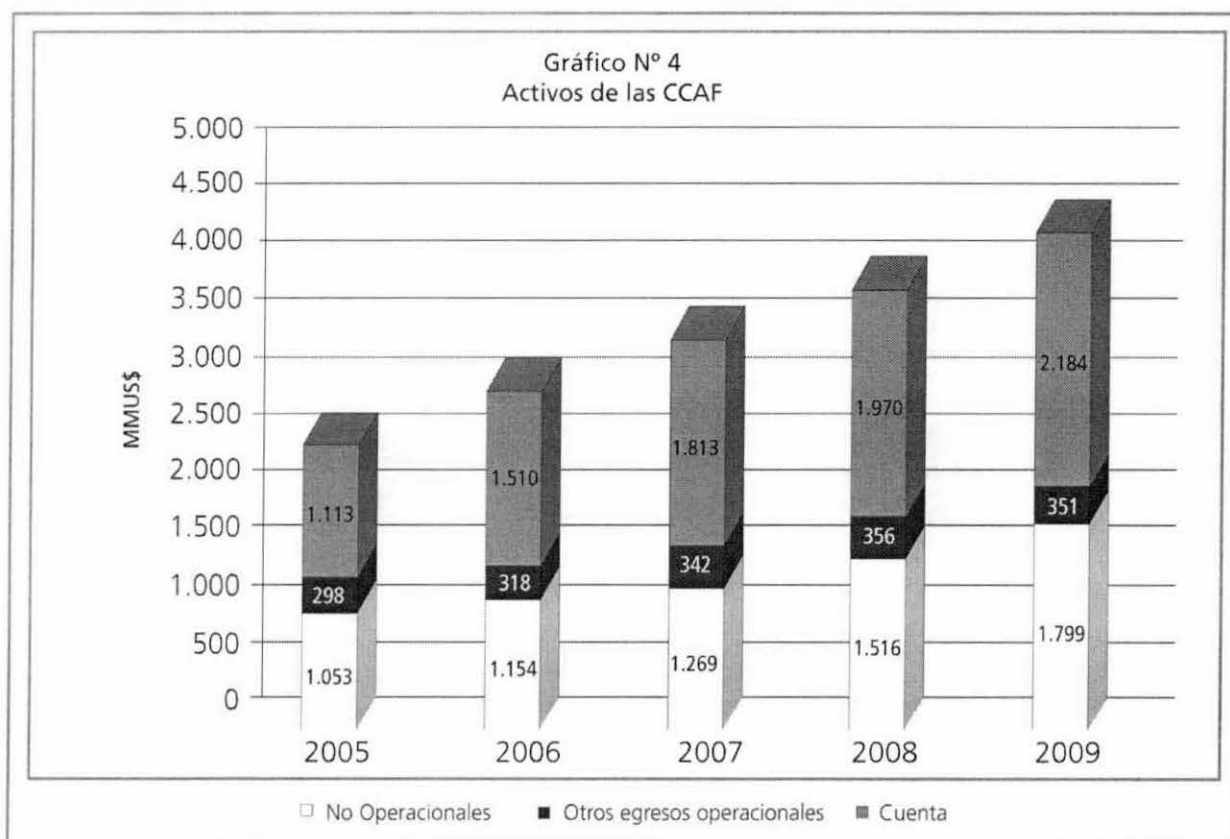


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Elaboración: CIEDESS.

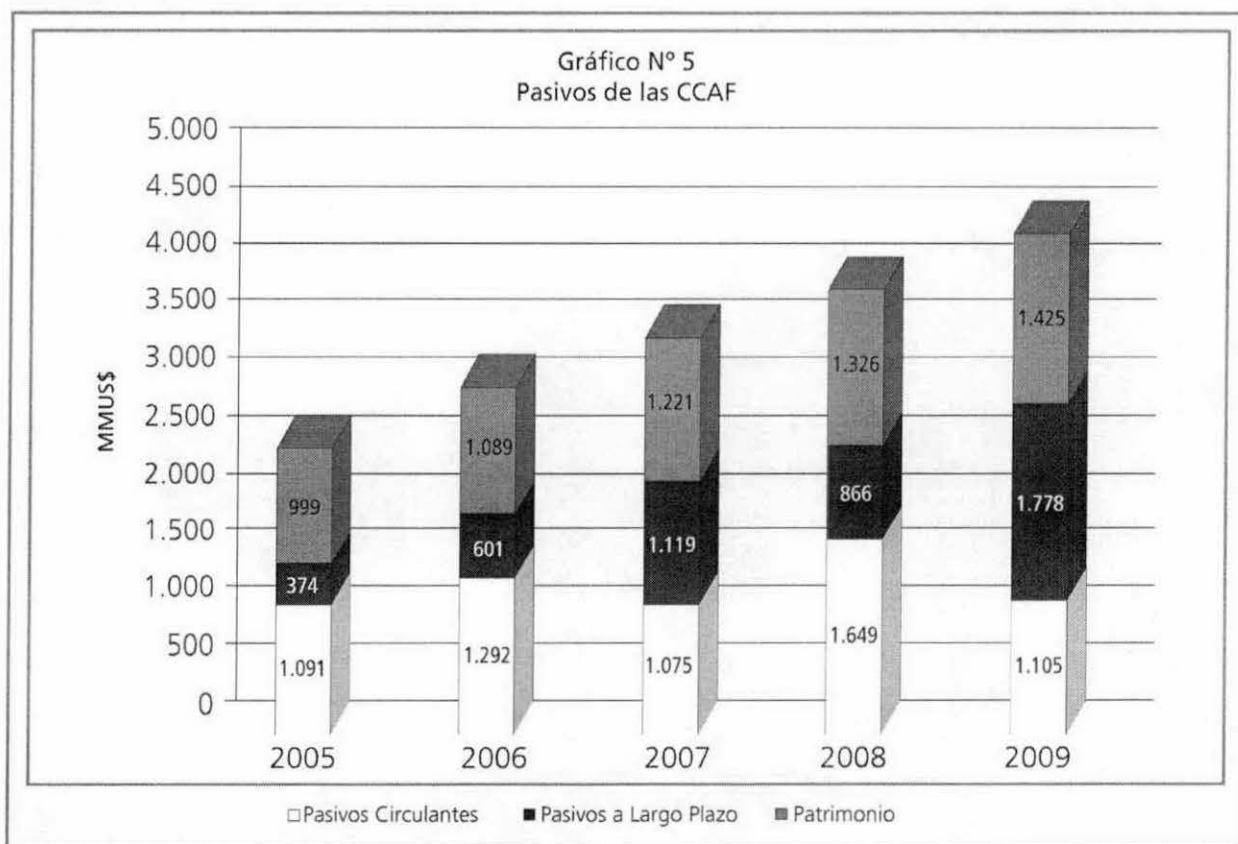
Analizando el balance general de las entidades que conforman la industria de CCAF, se registra un aumento continuo en los activos de las CCAF. A diciembre de 2009 la mayor participación la posee la cuenta otros activos, con el 50,4% del total de activos, donde destaca el ítem de colocaciones de crédito social a largo plazo (US\$ 2.028 millones), especialmente las con financiamiento externo. Le sigue la cuenta activos circulantes, con el 41,5%, mientras que el restante 8,1% corresponde a activos fijos.

La mayor variación la registran los otros activos, pasando de US\$ 1.113 millones en 2005 a US\$ 2.184 millones en 2009, lo que equivale a un crecimiento de 96%, debido principalmente al aumento en el ítem colocaciones de crédito social a largo plazo (94%). El total de activos pasó de US\$ 2.463 millones en diciembre de 2005 a US\$ 4.335 millones en diciembre de 2009, lo que se traduce en un crecimiento de 76%. La distribución de los activos de las CCAF se presenta en el Gráfico N° 4.



Frente a las cuentas de pasivos, el patrimonio es el de mayor cuantía, siendo el ítem de fondo social el más importante, con US\$ 1.279 millones a diciembre de 2009, correspondiente al 88,1% del patrimonio total. Por ley las CCAF deben constituir este fondo, que se forma con las comisiones, reajustes e intereses de los capitales dados en préstamo; rentas de inversiones, multas, intereses penales; y producto de la venta de bienes y servicios. Estos recursos, más las disponibilidades de caja, pueden invertirse sólo en los instrumentos financieros permitidos por ley, principalmente de renta fija nacional.

El patrimonio aumentó un 45% entre diciembre de 2005 y mismo mes de 2009, pasando de US\$ 999 millones a US\$ 1.452 millones respectivamente. Asimismo, los pasivos a largo plazo pasaron de US\$ 374 millones a US\$ 1.778 millones en el mismo lapso, lo que equivale a un crecimiento de 376%, debido al incremento en las obligaciones con instituciones privadas y públicas (181%). Mientras que los pasivos circulantes pasaron de US\$ 1.091 millones a US\$ 1.105 millones, equivalente a un aumento de 1%, alcanzando su mayor cuantía en diciembre de 2008. La evolución de los pasivos de las CCAF se presenta en el Gráfico N° 5.



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Elaboración: CIEDESS.

Con los datos del balance general es posible obtener algunos ratios financieros respecto a la liquidez, solvencia y rendimiento¹⁸. El ratio de liquidez general registró una baja en 2008 debido a las mayores obligaciones por financiamiento de colocaciones de crédito social, para luego aumentar en 2009 por sobre el nivel de 2007. Este ratio pasó de 0,97 en 2005 a 1,63 en 2009, con un promedio de 1,12 a lo largo de la serie analizada, es decir, por cada unidad de deuda las Cajas cuentan con 1,12 unidades para pagarla. Como las diferentes prestaciones que otorgan las CCAF responden ante imprevistos, es recomendable que el ratio de liquidez sea mayor a uno, lo que efectivamente ocurre.

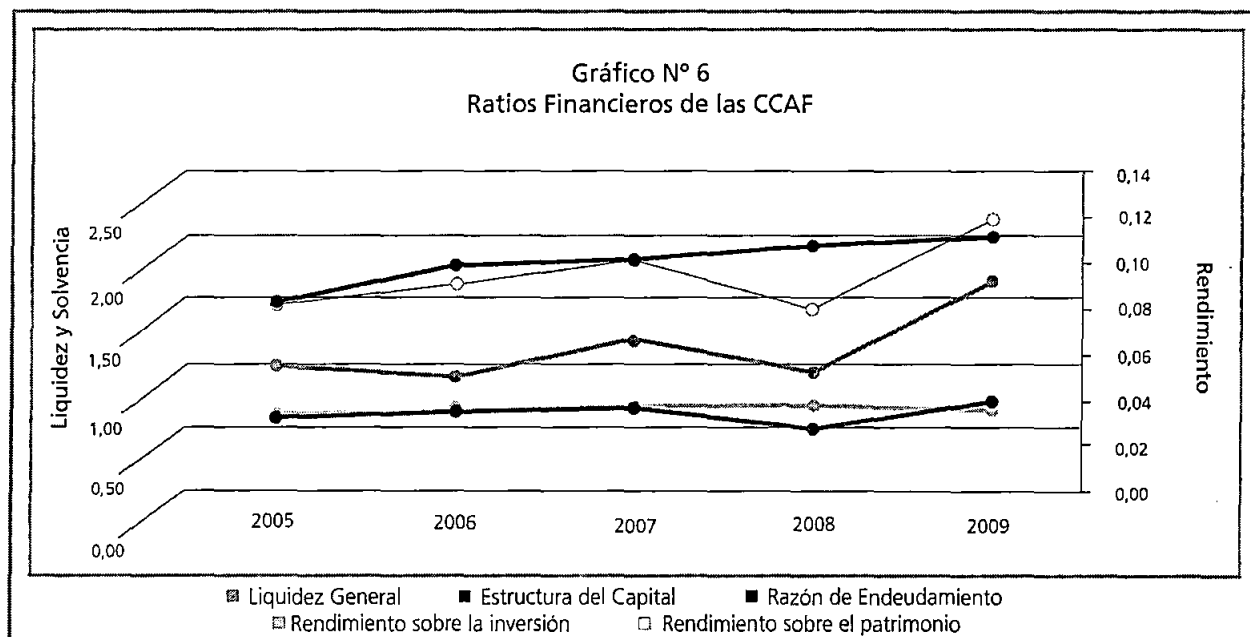
Frente a la solvencia, los ratios utilizados representan el respaldo que se posee frente al total de deuda, constituida por las posibles prestaciones. La estructura del capital registró una tendencia alcista, con un promedio para el período 2005 a 2009 de 1,78, es decir, por cada unidad de aporte, casi el doble se utiliza en prestaciones pagadas por las CCAF, incluyéndose las obligatorias, adicionales y complementarias. Por lo tanto este coeficiente está en directa relación con las obligaciones de corto y largo plazo con instituciones privadas y públicas, las que efectivamente superan al patrimonio. No existe un coeficiente óptimo para este ratio, aunque lo ideal es que sea menor a uno, lo que no se cumple principalmente por el régimen de crédito social que administran las CCAF.

La razón de endeudamiento se ha mantenido estable, presentando un promedio durante el período 2005 a

18 Ver Glosario.

2009 de 0,64, lo que significa que el 64% de los activos fue utilizado por los beneficiarios.

En lo referente al rendimiento, se puede ver desde el punto de vista de la inversión (Resultado del Ejercicio/Activos) o del patrimonio (Resultado del Ejercicio/Patrimonio). En ambos casos hay resultados positivos, mayormente por parte del patrimonio. A lo largo de la serie, el promedio del rendimiento fue de 0,03 para la inversión y de 0,09 para el patrimonio, es decir, que por cada unidad invertida en activos se obtiene un 3% de utilidad y que por cada unidad de patrimonio aportada por las CCAF se obtiene un 9% de utilidad. Los coeficientes más altos se observan en diciembre de 2009, con 4% para los activos y de 12% para el patrimonio. Los resultados de los ratios se presentan en el Gráfico N° 6.



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Elaboración: CIEDESS.

Financiamiento

En la administración de los regímenes de asignación familiar, subsidio de cesantía y por incapacidad laboral y reposo maternal, las Cajas de Compensación deben atenerse a las normas generales que rigen para cada uno de ellos. En todo caso, en los subsidios por incapacidad laboral y por reposo maternal la acción de las Cajas excluye a los trabajadores que depositan su cotización en las instituciones privadas de salud, ISAPRE.

Las Cajas de Compensación autorizadas para administrar el régimen de prestaciones por incapacidad laboral, perciben una cotización de 0,6% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores no afiliados a una ISAPRE. Dicha cotización se destina al financiamiento del régimen de subsidios por incapacidad laboral, y se deduce del 7% de cotización obligatoria de salud.

Por esta función, las Cajas perciben honorarios que la ley denomina "comisiones", cuyo monto es calculado por la Superintendencia de Seguridad Social para cada Caja de Compensación en relación al tipo de prestación, número de beneficios pagados, trabajadores afiliados y promedio de trabajadores por empresa adherente.

Las prestaciones por asignación familiar, prestaciones maternas, subsidios de incapacidad laboral y subsidios de cesantía forman parte del Sistema Único de Prestaciones Familiares, regulado por el Decreto con Fuerza de

Ley N° 150 de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Este cuerpo legal establece que el referido sistema se financia con cargo a un fondo denominado "Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía", constituido con aportes fiscales que se fijan en la Ley de Presupuestos del Sector Público.

Mutuales

Firmas y la Industria

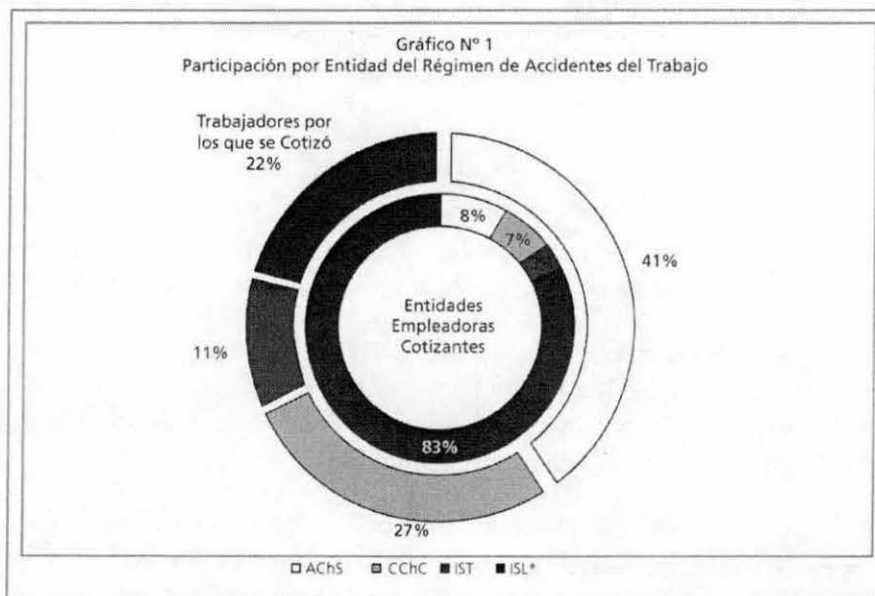
Toda entidad empleadora está obligada a asegurar a sus trabajadores contra los riesgos laborales, para lo cual puede elegir entre tres tipos de entidades participantes del sistema:

Mutualidades de Empleadores, que son entidades privadas sin fines de lucro, compuestas por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) y la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (CChC);

Sistema estatal, administrado por el Instituto de Seguridad Laboral, que capta las cotizaciones y paga indemnizaciones y pensiones; el Sistema Nacional de Servicios de Salud que otorga las prestaciones médicas y de prevención de riesgos; y el Fondo Nacional de Salud que paga los subsidios correspondientes; y

Sistema de administración delegada, si la empresa ocupa más de dos mil trabajadores en forma permanente, para lo cual debe contar con servicios médicos y de prevención de riesgos de propiedad de la empresa.

La distribución del promedio mensual para el año 2010 de los trabajadores por los que se cotizó y las entidades empleadoras cotizantes se presenta en el Gráfico N° 1. Del total de 4,8 millones de trabajadores por los que se cotizó (anillo externo), el 78,7% pertenece a las Mutualidades de Empleadores, mientras que el restante 21,3% está cubierto por la entidad Estatal. Por el lado de las 439.172 empresas cotizantes (anillo interno), el 81,6% lo hace en el ISL, mientras que el 18,4% lo hace en el sistema privado.



(*) ISL incluye administradores delegados.
Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.
Elaboración: CIEDESS.

La administradora estatal es utilizada principalmente por microempresas, trabajadores independientes y empresas de reciente creación que, por el sólo ministerio de la ley, se adhieren automáticamente al ISL.

La administración delegada es de carácter excepcional y es aplicada por las empresas compuestas por grandes conglomerados, estatales muchos de ellos, del sector minero y que, de acuerdo a su escala de operaciones, concentración de masa y/o ubicación geográfica apartada de los centros urbanos, les resulta más ventajosa la alternativa de crear y mantener el autoseguro.

Por el número de instituciones que integran el sistema, las Mutualidades conforman un oligopolio, lo que se explica en parte por la alta inversión requerida para disponer de servicios médicos adecuados y especializados, así como por los recursos necesarios para constituir la garantía frente a los pasivos que se contraen de los futuros adherentes. No obstante, se ha señalado que lo anterior es también consecuencia de las barreras legales que existen para que nuevas entidades ingresen al mercado, entre las que se destacan: el número mínimo de 20.000 trabajadores para constituir una Mutual, el que sólo se permita a instituciones sin fines de lucro participar en la administración de este régimen y el que las empresas adherentes deban ser solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por las Mutuales.

Los antecedentes señalados, junto con la distribución del mercado y el desarrollo alcanzado por sus tres integrantes, han incidido en que, aún cuando existe interés de los privados por participar en la actividad, ningún otro gremio empresarial haya formado durante los últimos 40 años otra Mutualidad.

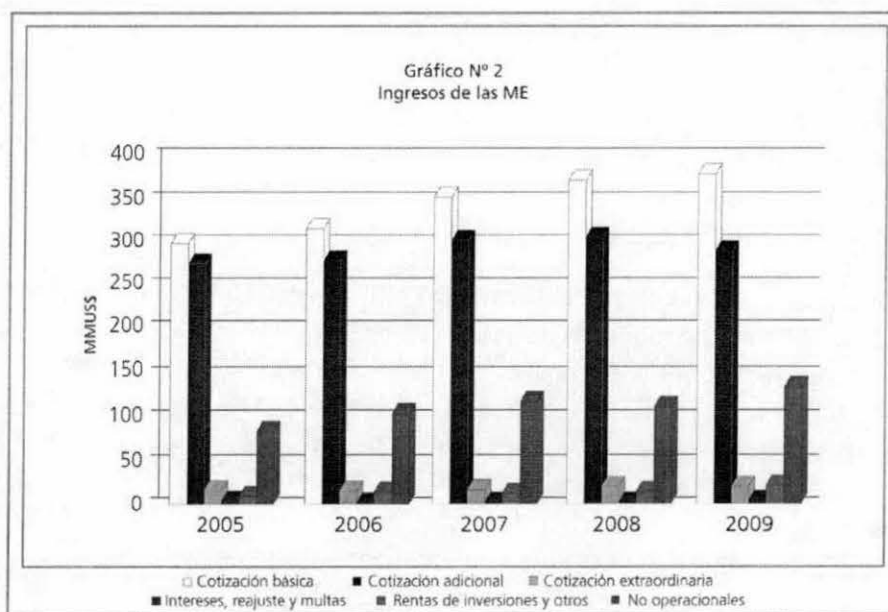
Estadísticas Financieras

En esta sección se analizarán con más detalle las entidades administradoras del sector privado, ya que la estructura del ISL viene dada por el presupuesto que se le designa anualmente por ley.

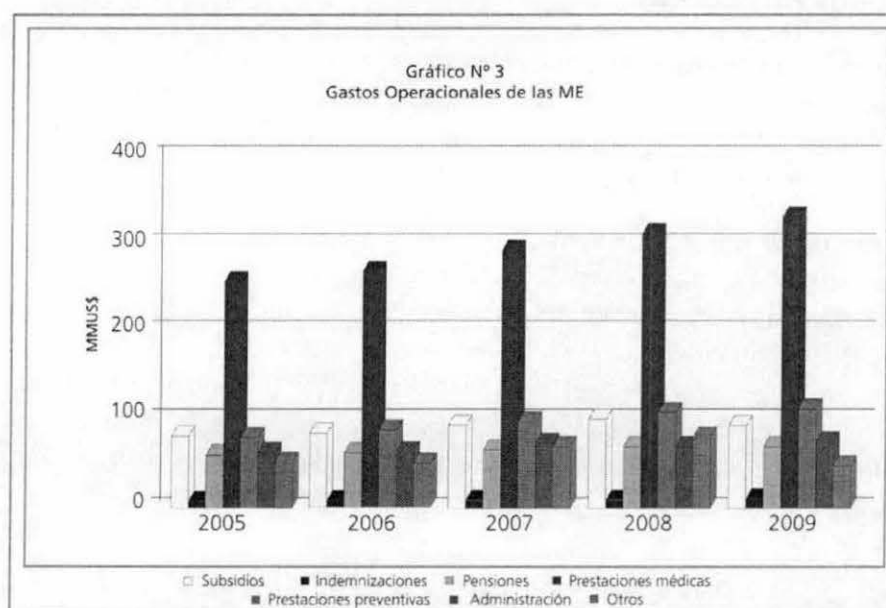
(2) Mutualidades de Empleadores

El hecho de que las Mutualidades de Empleadores (ME) son entidades sin fines de lucro, obligadas a disponer de servicios médicos propios y con cotizaciones mínimas y fijas establecidas por ley, asegura desde un punto de vista financiero las fuentes de financiamiento, las que aparte de las cotizaciones, provienen principalmente de la reinversión de excedentes.

Los ingresos totales de las ME se incrementaron un 24%, pasando de US\$ 692 millones en diciembre de 2005 a US\$ 856 millones en diciembre de 2009. Los ingresos operacionales registraron un crecimiento un poco menor, pasando de US\$ 608 millones en 2005 a US\$ 722 millones en 2009, lo que equivale a un crecimiento de 19%. En cambio, los ingresos no operacionales pasaron de US\$ 85 millones a US\$ 134 millones en ese mismo período, lo que equivale a un incremento de 58%, impulsado principalmente por otras rentas de inversión y utilidades por inversiones en empresas relacionadas. Los resultados se presentan en el Gráfico N° 2, destacándose la participación de la cotización básica y la adicional, las que a diciembre de 2009 correspondieron al 53% y 40% de los ingresos operacionales respectivamente.



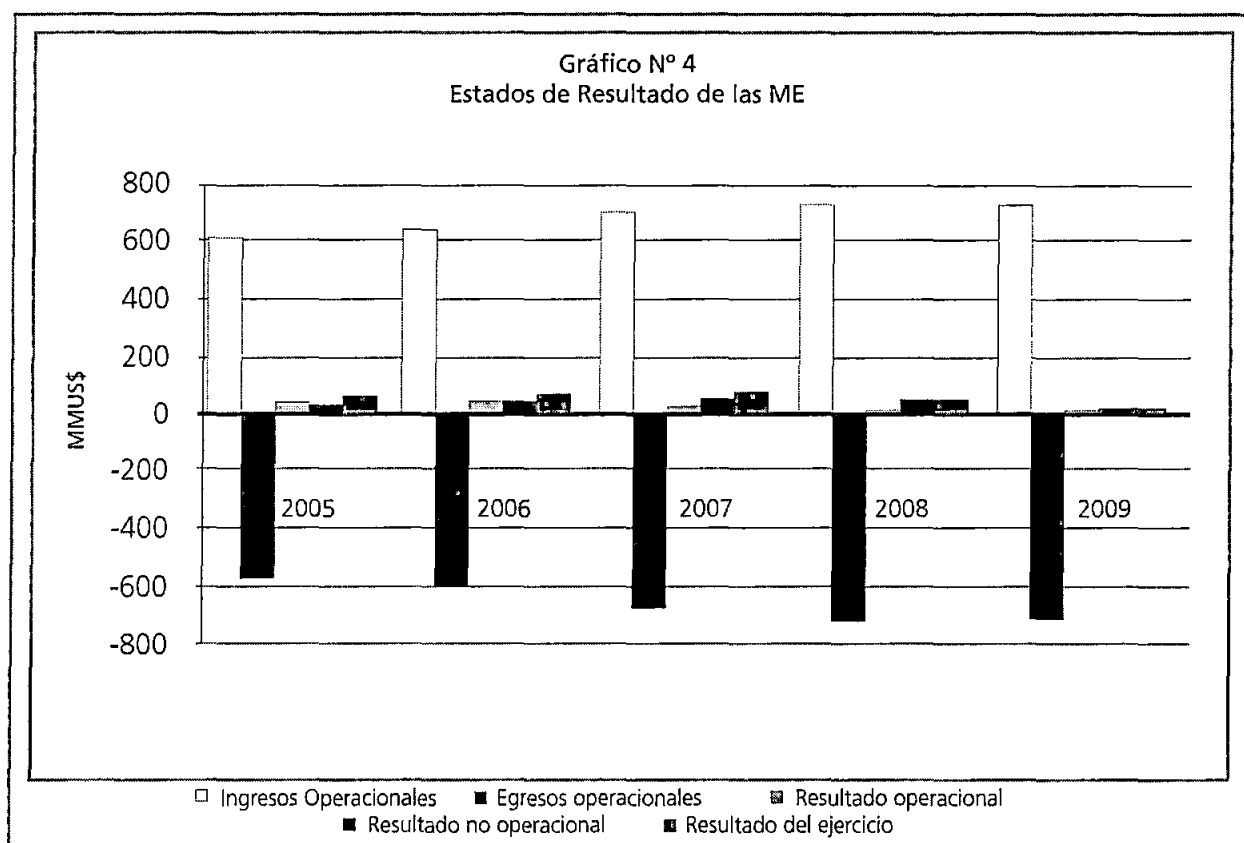
Respecto a los gastos operacionales de las ME, la principal fuente de egresos son las prestaciones médicas, las que a diciembre de 2009 llegaron a los US\$ 329 millones, un 29% mayor a los US\$ 255 millones de mismo mes de 2005. En orden de magnitud, le sigue el gasto por prestaciones preventivas por riesgo, que pasó de US\$ 74 millones en 2005 a US\$ 108 millones en 2009, lo que equivale a un aumento de 46%. El total de gastos operacionales pasó de US\$ 578 millones en diciembre de 2005 a US\$ 718 en diciembre de 2009, lo que se traduce en un aumento de 24%. La evolución de los gastos operacionales para los últimos tres años se presenta en el Gráfico N° 3.



Dada la similitud entre los ingresos y gastos de las ME, el margen de ganancias es mínimo en los cinco años analizados. En efecto, tomando en consideración la información financiera, se aprecia un resultado del ejercicio positivo para toda la serie, con un monto cada vez menor a partir de 2007. A diciembre de 2005 el excedente fue de US\$ 54 millones, mientras que para 2009 fue de US\$ 13 millones, lo que se traduce en una disminución de 76%.

El resultado operacional a diciembre de 2008 fue de US\$ -1 millón, lo que puede explicarse principalmente por dos factores: primero, el crecimiento de la tasa de desempleo, y por consiguiente menor cotización para el sistema; y segundo, la reducción de las tasas de siniestralidad que, aun cuando reduce los costos, estos no se compensan en la misma proporción que los ingresos, por cuanto se deben solventar ingentes costos fijos. La cifra para diciembre de 2009 fue de US\$ 4 millones gracias al crecimiento de las rentas de inversión.

Como ya se mencionó, los ingresos no operacionales crecieron en un 58% entre 2005 y 2009. A su vez, los egresos no operacionales pasaron de US\$ 60 millones en 2005 a US\$ 125 millones en 2009, lo que equivale a un crecimiento de 107%. Por consiguiente, las utilidades no operacionales pasaron de US\$ 24 millones a US\$ 9 millones en ese mismo período, correspondiente a una caída de 63%. Los resultados se presentan en el Gráfico N° 4.

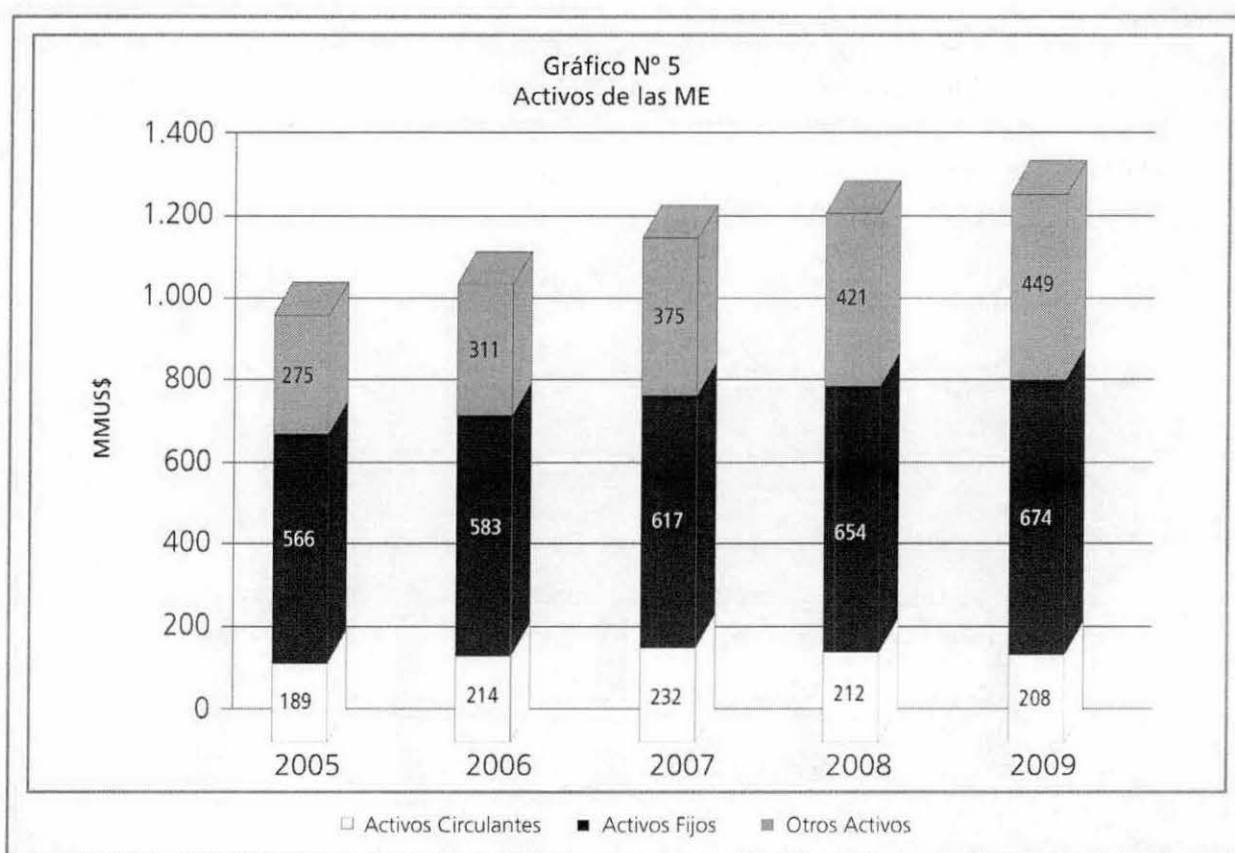


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Elaboración: CIEDESS.

Considerando el balance general de las entidades que conforman el sistema privado del seguro social, se registra un aumento continuo en los activos durante el período analizado. A diciembre de 2009 la mayor participación la poseen los activos fijos, con el 50,7% del total, donde destaca el ítem construcciones y obras en ejecución (US\$ 626 millones), le sigue otros activos, con el 33,7%, mientras que el restante 15,6% corresponde a activos circulantes.

La mayor variación la registra otros activos, pasando de US\$ 275 millones en 2005 a US\$ 449 millones en 2009, lo que equivale a un crecimiento de 63%, debido principalmente al aumento en el ítem inversiones del fondo de reserva de pensiones. El total de activos pasó de US\$ 1.030 millones en diciembre de 2005 a US\$ 1.331 millones en diciembre de 2009, lo que se traduce en un crecimiento de 29%. La distribución de los activos de las ME se presenta en el Gráfico N° 5.

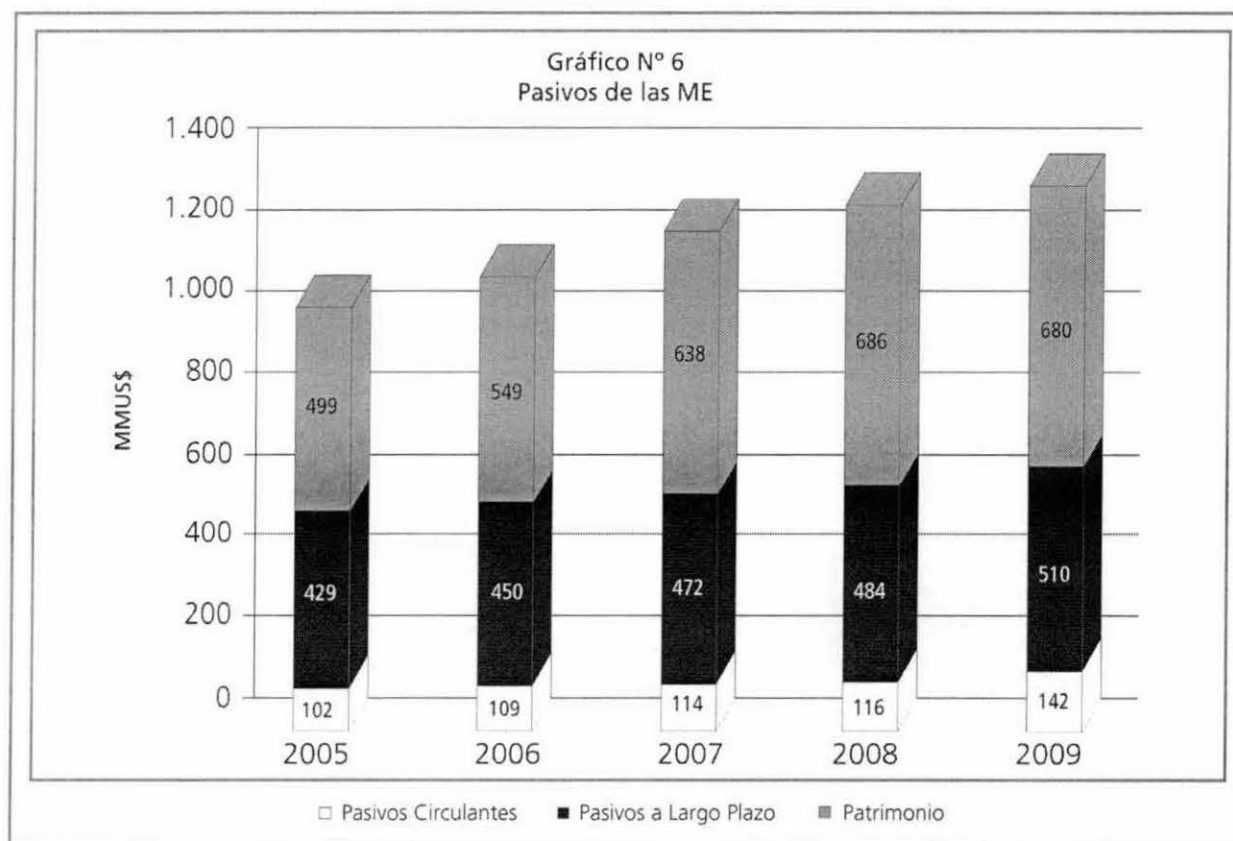


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Elaboración: CIEDESS.

Frente a las cuentas de pasivos, el patrimonio es el de mayor cuantía, siendo el ítem de fondos acumulados y su revalorización el más importante, con US\$ 575 millones a diciembre de 2009, correspondiente al 85% del patrimonio total. El patrimonio aumentó un 36% entre diciembre de 2005 y mismo mes de 2009, pasando de US\$ 499 millones a US\$ 680 millones respectivamente. Asimismo, los pasivos a largo plazo pasaron de US\$ 429 millones a US\$ 510 millones en el mismo lapso, lo que equivale a un crecimiento de

19%, mientras que los pasivos circulantes pasaron de US\$ 102 millones a US\$ 142 millones, equivalente a un crecimiento de 39%. La evolución de los pasivos de los últimos tres años se presenta en el Gráfico N° 6.



Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.

Elaboración: CIEDESS.

Con los datos del balance general es posible obtener algunos ratios financieros respecto a la liquidez, solvencia y rendimiento¹⁹. El ratio de liquidez general registró una tendencia a la baja durante el período analizado, pasando de un coeficiente de 1,85 en 2005 a 1,47 en 2009, con un promedio de 1,83, es decir, por cada unidad de deuda las Mutualidades cuentan con 1,83 unidades para pagarla. Como las prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales responden ante imprevistos, es recomendable que el ratio de liquidez sea mayor a uno, lo que efectivamente ocurre. En este sentido, el régimen financiero establece la formación de una reserva de eventualidades que corresponde, a lo menos, al 2%, y a lo más, al 5% de los ingresos anuales percibidos, existiendo, además, un fondo de reserva adicional para atender el pago de pensiones y reajustes futuros.

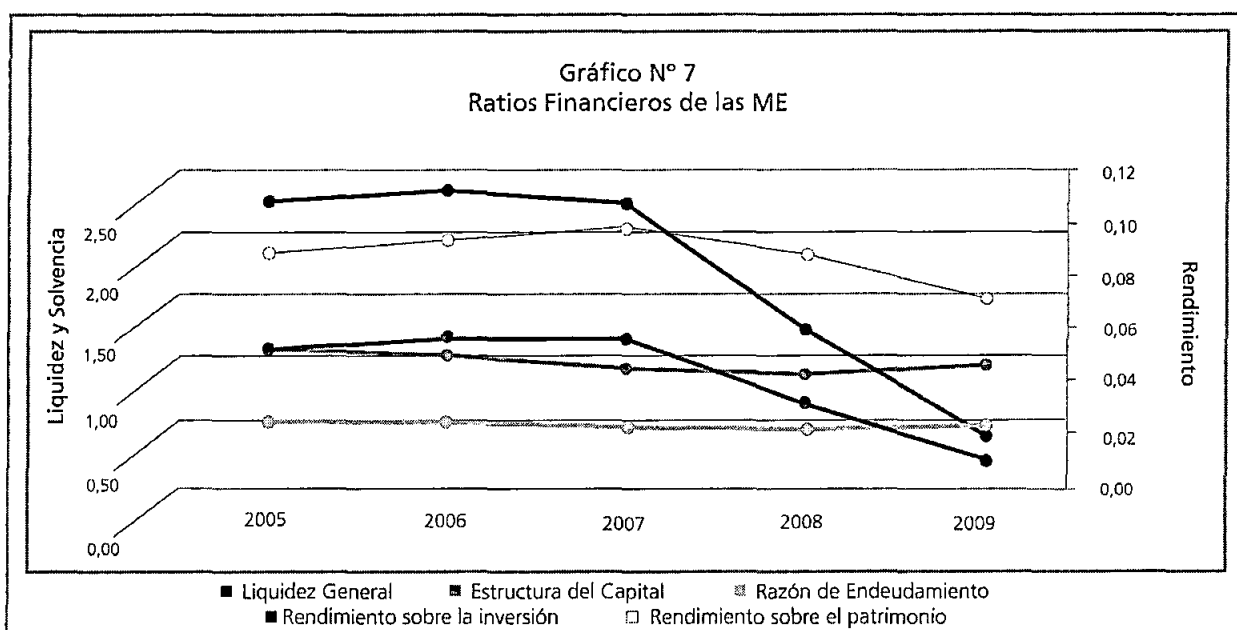
Frente a la solvencia, los ratios utilizados representan el respaldo que se posee frente al total de deuda, constituida por las posibles prestaciones. La estructura del capital registró una leve caída en el año 2008, con un promedio para el período analizado de 0,97, es decir, por cada unidad de aportes (empleador), el 97% debe utilizarse en prestaciones pagadas por las ME. Por lo tanto, este coeficiente está en directa

¹⁹ Ver Glosario.

relación con las prestaciones solicitadas, cuyo gasto ha sido cada vez mayor, aumentando un 28% entre 2005 y 2009. No existe un coeficiente óptimo para este ratio, aunque lo ideal es que sea menor a uno, lo que se cumple gracias a la estructura de cotizaciones del sistema, una parte básica y otra adicional respecto al grado de riesgo y tasas de siniestralidad obtenidas.

La razón de endeudamiento presentó un promedio de 0,49, lo que significa que el 49% de los activos fue utilizado por los beneficiarios.

En lo referente al rendimiento, se puede ver desde el punto de vista de la inversión o del patrimonio, en ambos casos hay resultados positivos, mayormente por parte de este último. A lo largo de la serie, el promedio del rendimiento fue de 0,04 para la inversión y de 0,08 para el patrimonio, es decir, que por cada unidad invertida en activos se obtiene un 4% de utilidad y que por cada unidad de patrimonio aportada por las ME se obtiene un 8% de utilidad. Los coeficientes más altos se observaron en diciembre de 2006, con 6% para los activos y de 11% para el patrimonio. Los resultados de los ratios se presentan en el Gráfico N° 7.

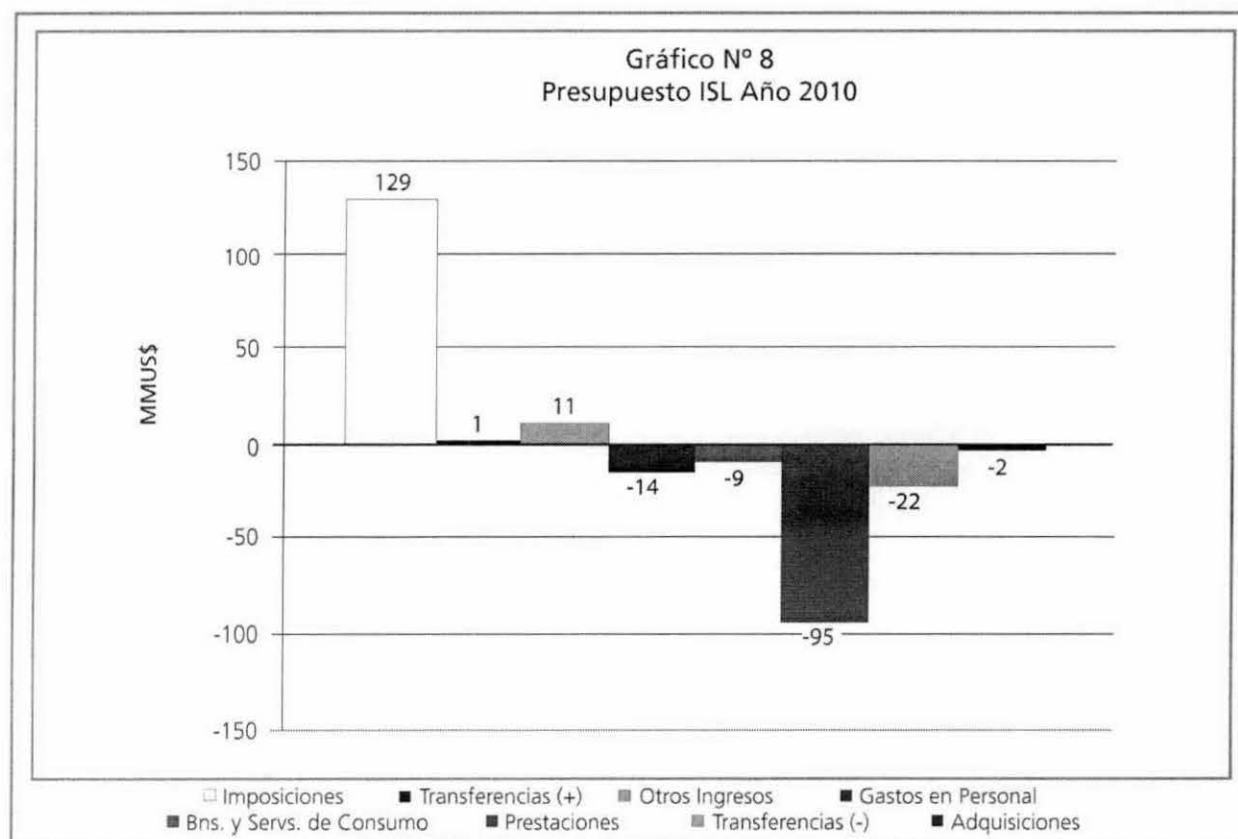


Fuente: Superintendencia de Seguridad Social.
Elaboración: CIEDESS.

Instituto de Seguridad Laboral

Hasta el momento se ha analizado el sector privado que administra el régimen del seguro social, dada su mayor relevancia en términos de cobertura de trabajadores. Sin embargo, en marzo de 2009 comenzó a operar la administradora pública que reemplaza legalmente al ex INP en lo referente a las prestaciones de la Ley N° 16.744, el Instituto de Seguridad Laboral, ISL. La entidad Estatal obtiene su financiamiento de la misma forma que las ME respecto a la estructura de cotizaciones, así como las multas, intereses y reajustes aplicados a los empleadores e independientes que se atrasan en sus cotizaciones. No obstante, al pertenecer al sistema público, se guía por un presupuesto asignado por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Los ingresos del presupuesto vigente para el ISL en el año 2010 fueron de US\$ 142 millones, de los cuales un 91,2% proviene de imposiciones previsionales, un 0,6% de transferencias corrientes del Estado y el restante 7,5% de otras formas de ingreso. Por su parte, del gasto de US\$ 142 millones, un 66,8% se ejecuta en prestaciones de seguridad social, correspondientes a prestaciones previsionales (jubilaciones, pensiones y montepíos, desahucios e indemnizaciones, asignaciones por muerte, bonificaciones de salud y subsidios por accidentes del trabajo) y prestaciones asistenciales (pensiones asistenciales). El presupuesto asignado para el año 2009 se presenta en el Gráfico N° 8.



Financiamiento

El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financia con los siguientes aportes de cargo del empleador:

- Cotización básica general del 0,95%²⁰ del total de las remuneraciones imponibles;
- Cotización Adicional por Siniestralidad Presunta (durante los dos primeros años), de Acuerdo a Actividad Económica Principal de la empresa (0% - 3,4%);

²⁰ Hasta agosto del año 1998 la tasa base era de 0,9%, a la cual se le aplicó una cotización extraordinaria de 0,05%, establecida por la Ley N° 19.578. Esta sobretasa se aplicará hasta el 31 de agosto de 2011.

- Cotización Adicional por Siniestralidad Efectiva (rebajas o recargos), con máximo de 6,8%;
- Con las utilidades o rentas que produzca la inversión de los fondos de reserva; y
- Con las multas, intereses y reajustes aplicados a los empleadores que se atrasan en sus cotizaciones.

A lo anterior se agregan ingresos extra-funcionales, producto de la rentabilidad de inversiones en el mercado de capitales y la venta de servicios hospitalarios o atención de pacientes privados.

La cotización básica del 0,95% actual, que si bien es cierto constituye el instrumento para que empresas de mayor nivel de remuneraciones imponibles o de mayor cantidad de trabajadores contribuyan a financiar a las unidades de menor tamaño o a las que pagan remuneraciones más bajas, representa, en la práctica, el precio mínimo de entrada al sistema. Este precio es la prima mínima que deben pagar las entidades empleadoras, lo que permite diversificar el riesgo global del sistema, es decir, aquellas empresas de mayor riesgo son compensadas por las de riesgo menor. Sin embargo existe una prima adicional que sirve para compensar en cierta medida lo anterior, aumentando acorde a los niveles de riesgo y siniestralidad del rubro en que opera la empresa.

A.2 Anexo 2: Detalle de Estimaciones y Cálculos

Total Dependientes

TOTAL DEPENDIENTES								
Año	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más	Moderados	Severos	Total
Año 1	94.338	20.458	28.537	46.952	112.571	160.566	142.290	302.855
Año 2	97.886	21.164	29.891	48.103	117.138	166.555	147.628	314.182
Año 3	101.434	21.871	31.246	49.254	121.704	172.544	152.966	325.509
Año 4	104.982	22.577	32.601	50.405	126.271	178.533	158.304	336.837
Año 5	108.530	23.284	33.956	51.556	130.838	184.521	163.642	348.163
Año 6	114.055	24.240	35.113	54.246	135.477	192.794	170.336	363.130
Año 7	119.580	25.196	36.269	56.937	140.116	201.067	177.030	378.098
Año 8	125.105	26.151	37.426	59.627	144.755	209.340	183.725	393.065
Año 9	130.630	27.107	38.583	62.317	149.394	217.613	190.419	408.032
Año 10	136.155	28.063	39.740	65.007	154.033	225.886	197.113	422.999

Costos Totales

COSTO TOTAL DEL SEGURO MM\$									MMUS\$
Año	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más	Moderados	Severos	Total	Total
Año 1	123.070	5.619	23.880	102.492	299.340	81.468	472.934	554.402	1.109
Año 2	121.239	5.523	23.745	99.873	295.854	80.350	465.883	546.233	1.092
Año 3	119.282	5.422	23.564	97.259	291.967	79.140	458.354	537.494	1.075
Año 4	117.218	5.317	23.341	94.657	287.730	77.849	450.414	528.264	1.057
Año 5	115.062	5.209	23.082	92.073	283.186	76.490	442.122	518.612	1.037
Año 6	114.833	5.152	22.657	92.090	278.500	76.014	437.218	513.232	1.026
Año 7	114.339	5.087	22.216	91.876	273.575	75.394	431.699	507.093	1.014
Año 8	113.608	5.016	21.763	91.452	268.446	74.646	425.640	500.285	1.001
Año 9	112.664	4.940	21.300	90.842	263.145	73.784	419.106	492.890	986
Año 10	111.530	4.858	20.828	90.064	257.704	72.822	412.162	484.984	970

Gradualidad en Tramos de Edad

SOLO MODERADOS				SOLO SEVEROS				TOTAL			
COBERTURA		COSTO		COBERTURA		COSTO		COBERTURA		COSTO	
GRAD.	Nº	MM\$	MMUS\$	GRAD.	Nº	MM\$	MMUS\$	GRAD.	Nº	MM\$	MMUS\$
80+	24.607	10.267	21	80+	87.964	289.072	578	80+	112.571	299.340	599
80+	25.618	10.150	20	80+	91.520	285.704	571	80+	117.138	295.854	592
75+	49.558	16.751	34	75+	121.400	372.475	745	75+	170.958	389.226	778
75+	51.038	16.402	33	75+	125.638	365.986	732	75+	176.676	382.387	765
70+	81.525	26.977	54	70+	134.824	371.364	743	70+	216.350	398.341	797
70+	84.758	26.609	53	70+	140.078	366.638	733	70+	224.836	393.246	786
65+	113.186	31.297	63	65+	145.332	361.457	723	65+	258.518	392.754	786
65+	117.374	30.801	62	65+	150.586	355.876	712	65+	267.960	386.677	773
65+	121.562	30.276	61	65+	155.839	349.950	700	65+	277.402	380.226	760
65+	125.751	29.726	59	65+	161.093	343.728	687	65+	286.844	373.454	747

Gradualidad Tramos de Edad y Aplicación

Año	COSTOS ANUALES POR GRUPO POBLACIONAL CON GRADUALIDAD (MM\$)								MMUS\$
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más	Mod-erado	Severo	Total	Total
Año 1	24.614	1.124	4.776	20.498	59.868	16.294	94.587	110.880	222
Año 2	24.248	1.105	4.749	19.975	59.171	16.070	93.177	109.247	218
Año 3	35.785	1.627	7.069	29.178	87.590	23.742	137.506	161.248	322
Año 4	35.165	1.595	7.002	28.397	86.319	23.355	135.124	158.479	317
Año 5	46.025	2.084	9.233	36.829	113.274	30.596	176.849	207.445	415
Año 6	45.933	2.061	9.063	36.836	111.400	30.406	174.887	205.293	411
Año 7	57.170	2.544	11.108	45.938	136.787	37.697	215.850	253.547	507
Año 8	56.804	2.508	10.881	45.726	134.223	37.323	212.820	250.143	500
Año 9	67.598	2.964	12.780	54.505	157.887	44.271	251.464	295.734	591
Año 10	66.918	2.915	12.497	54.038	154.622	43.693	247.297	290.990	582

Entidades Colaboradoras



361.61
D611
2012
c.1

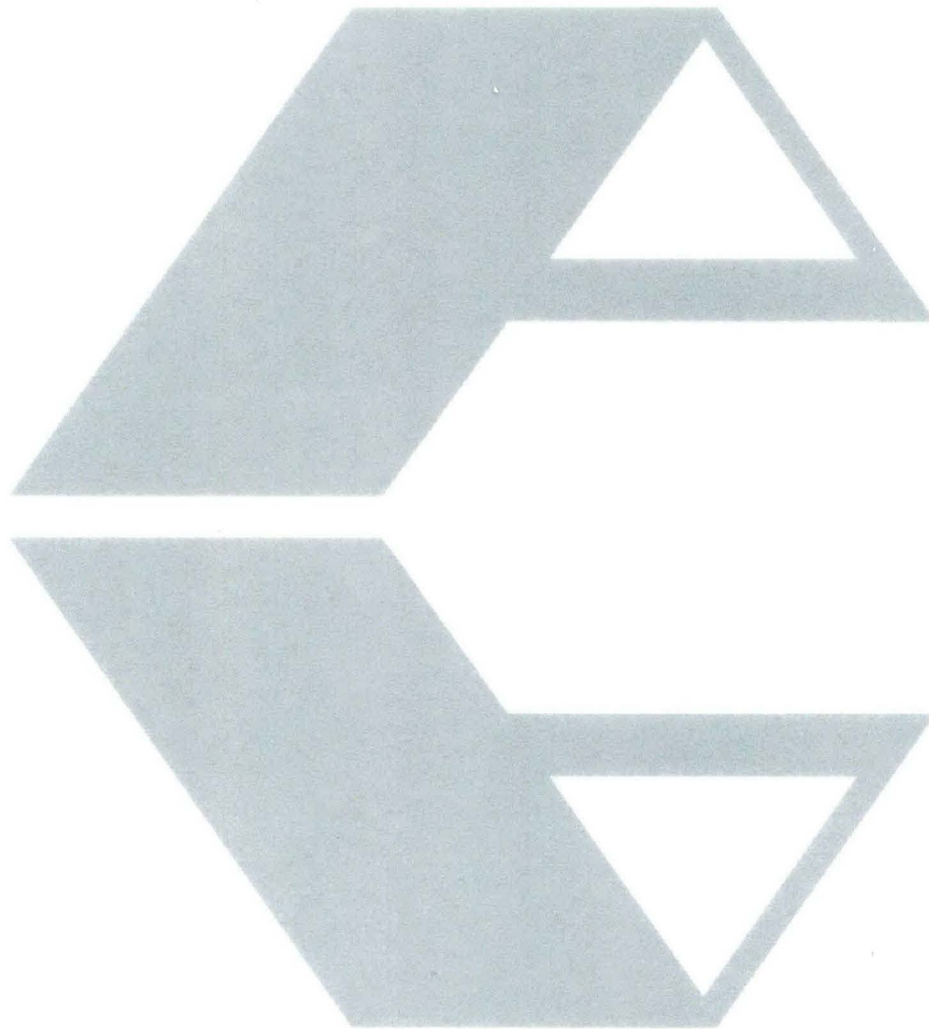
AUTOR

CIEDESS

TITULO

Diseño de un seguro social...

FECHA PRESTAMO	NOMBRE DEL LECTOR	FECHA DEVOLUCION



Marchant Pereira Nº 10.000.001 - Providencia - Chile