

*EL SISTEMA DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO (CLP) EN CHILE. CUENTA
PRELIMINAR DEL SISTEMA*

RAFAEL URRIOLA URBINA

Departamento de Economía de la Salud

Ministerio de Salud de Chile (documento interno)

Marzo 2020

Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	2
ÍNDICE DE GRÁFICOS, CUADROS, DIAGRAMAS Y RECUADROS.....	2
I.- Antecedentes	4
II.- Conceptos básicos indispensables.....	6
a) Tipos de cuidado de largo plazo.....	7
b) Tipos de cuidados y cuidadores.	7
c) Dependencia y discapacidad	8
III.- Caracterización de las personas dependientes y sus cuidadores en Chile.....	9
a) Población mayor de 60 años, grado de dependencia y necesidad de asistencia (cuidadores) 10	
b) La institucionalidad nacional para los CLP.....	15
i) El Servicio Nacional del Adulto Mayor programas y presupuesto	15
ii) Oferta nacional de ELEAM	18
iii) Aspectos financieros en los ELEAM.....	21
iv) El Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del Ministerio de Salud.....	23
IV.- Costos de los cuidados de largo plazo: una breve revisión internacional.....	24
a) Esquemas de financiamiento de los CLP	27
V.- Cuenta preliminar del sistema de cuidados de largo plazo	32
VI.- Conclusiones.....	35
Referencias bibliográficas	37

RESUMEN

Este documento examina el sistema de cuidados de largo plazo (CLP) en Chile enfocado en adultos mayores (AM). Hay un componente sanitario y otro no sanitario (social) en ese sistema. Se concluye que hay cerca de 150.000 personas (91% en Fonasa) con dependencia severa que necesitan ayuda permanente de cuidadoras las cuales son, especialmente, mujeres (72%). Además, 47% de las cuidadoras son, asimismo, AM. Los CLP ocupan el 0,14% del PIB destacándose que existen 369.786 personas cuidadoras no remuneradas que, de asignarse un valor a esta actividad, aumentaría significativamente el peso de esta actividad en las cuentas nacionales.

Asimismo, el aporte público alcanza al 16% del gasto en CLP, mientras que la proporción del gasto se concentra en el trabajo de cuidadoras en los hogares (43.115 remuneradas) que ocupan el 57% del gasto total.

ABSTRACT

This document examines the long-term care (LTC) system in Chile, focusing on older persons (OP). This system includes both a health-care and a non-health (social) component. It concludes that there are approximately 150,000 severely dependent individuals (91% in Fonasa) who require permanent assistance from caregivers, primarily women (72%). Furthermore, 47% of caregivers are also OP. LTCs account for 0.14% of GDP. It is noteworthy that there are 369,786 unpaid caregivers. If a value were assigned to this activity, this would significantly increase its weight in national accounts. Furthermore, the public contribution accounts for 16% of LTC expenditure, while the proportion of expenditure is concentrated on the work of home-based caregivers (43,115 paid), who account for 57% of total expenditure.

ÍNDICE DE GRÁFICOS, CUADROS, DIAGRAMAS Y RECUADROS

Gráfico 1. Distribución de personas de 60 y más años con dependencia funcional y recepción de asistencia personal (2017)

Gráfico 2. Estimación de prevalencia de demencia 2019 y 2050 (mayores de 64 años).

Gráfico 3. Prevalencia de enfermedades en residentes en ELEAM

Gráfico 4. Indicadores de abandono/soledad de los Adultos Mayores. Chile 2017

Gráfico 4. Naturaleza de la propiedad de los ELEAM

Gráfico 5. Población atendida según propiedad de los ELEAM

Gráfico 6. Personas residentes en ELEAM según edad

Gráfico 7. Residentes en ELEAM según nivel de dependencia

Gráfico 8. Costo semanal en atención domiciliaria a AM dependientes severos en países de Europa y OCDE (% de la mediana de ingresos de los AM)

Gráfico 9. Costo semanal en atención institucional a AM dependientes severos en países de Europa y OCDE (% de la mediana de ingresos de los AM)

CUADROS

Cuadro 1. Preguntas en la encuesta CASEN 2017 sobre discapacidad

Cuadro 2. Clasificación de las funciones de salud al nivel de un dígito

Cuadro 3. Mayores de 60 años según grado de dependencia

Cuadro 4. Mayores de 60 años según necesidad de asistencia

Cuadro 5. Ingresos del SENAMA en años escogidos (millones de \$)

Cuadro 6. Programas Senama según tipo de beneficiario (dependientes y autovalente)

Cuadro 7.- Cobertura y ubicación de los ELEAM públicos dependientes del SENAMA (2017)

Cuadro 8. Gasto anual en establecimientos de larga estadía para adultos mayores (2012)

Cuadro 9. Tasa de cuidadores directos según residentes en ELEAM

Cuadro 10. CUENTA CUIDADOS LARGO PLAZO 2018

Diagrama 1. Estructura de los cuidados a los Adultos Mayores

Diagrama 2. Determinantes del gasto en cuidados de largo plazo

RECUADRO 1 Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

RECUADRO 2 Dificultades para la sostenibilidad de un sistema de CLP: el caso de España

I.- Antecedentes

La proporción de la población de 65 y más años (AM) se ha incrementado en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de menos de 9% en 1960 a más de 17% en 2017. Este aumento ha sido particularmente rápido entre las personas de 80 o más años. Entre 2017 y 2050, la proporción de este grupo con respecto a la población total más que se doblará pasando de 4.6% a 10.1% (OCDE 2019). La población está también envejeciendo rápidamente en Chile: Los mayores de 65 años en 2020 según proyecciones del INE, son 2.358.616 personas y esto representa el 12% de la población; los mayores de 80 años son casi 550 mil personas. Los mayores de 80 años en Chile alcanzarán al 7% de la población en 2050 lo que representará 1.825.000 personas.

Hay evidencia que el camino por el que transita el país lo han recorrido con anterioridad otros países desarrollados. Entre ellos, Japón -que es el país más longevo- ha debido enfrentar estos problemas con bastante anterioridad y con mayor profundidad. En este documento, se examina el sistema de cuidados de largo plazo de los Adultos Mayores de 65 años (AM) que tiene un componente médico-sanitario y uno de autovalencia o social, para usar la nomenclatura de OCDE-OMS-Eurostat (SHA 2011)¹. En todos los casos, los países deben responder a la creciente demanda (más gente en este tramo etario) y a la expansión de los costos de la atención sanitaria (CSAM) para los adultos mayores por cambios en los patrones de uso de los bienes y servicios de salud; por innovaciones tecnológicas en máquinas, procedimientos y medicamentos; y, por cambios en las prevalencias de las enfermedades y la mayor cronicidad de las mismas, aunque los costos esenciales en el sistema de atención a la dependencia provienen esencialmente de la mayor necesidad de cuidadores remunerados.

En consecuencia, los costos globales de los adultos mayores se componen de dos factores estrechamente vinculados, a saber, los costos de la atención sanitaria o costos de salud de los adultos Mayores (CSAM) y los costos de los cuidados no sanitarios de largo plazo (CNSAM) también llamados de atención de larga duración (social). Hay pocos estudios que examinan los factores de riesgo que influyen en ambos costos (Aklyama et al 2018).

La definición de dependencia es clave para diferenciar cuidados sanitarios de los no sanitarios. Estos últimos, se basan en la medición de la dependencia, indica el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (web visitada en diciembre 2019), agregando que una de las categorizaciones más comunes de dependencia es el grado de dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son un conjunto de actividades de cuidado personal -

¹ Por costumbre, en este texto el documento Sistema de cuentas de salud se cita por sus siglas en inglés: SHA.

ducharse o bañarse, vestirse y desnudarse, comer, levantarse de la cama y acostarse- mientras que las AIVD se relacionan con tareas domésticas para mujeres y hombres -comprar, cocinar, fregar los platos, lavar la ropa, limpiar la casa o administrar su propio dinero, tomar sus médicos y cuidar al jardín-. El grado de dificultad que la persona experimenta para realizar ABVD y AIVD denota su nivel de dependencia”. Para examinar con mayor detalle asuntos conceptuales relacionados con la dependencia de los AM se puede consultar el documento elaborado por el Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud (DESAL) y la Superintendencia de Salud (2008).

El presente documento también es una primera aproximación para la definición y evaluación de los costos de los Cuidados de Largo Plazo (CLP) en Chile que, como se infiere de los párrafos anteriores, están constituidos por los CNSAM y, suelen incluir, algunos cuidados relacionados con enfermedades crónicas que tienen que ver con protocolos para seguir y respetar tratamientos como con mediciones que alertan ante eventuales situaciones que merecen intervenciones sanitarias especializadas.

El SHA incluye a los CNSAM bajo la línea, es decir, como una partida notificada. Esta intersección de los CLP entre lo sanitario y lo social es lo que permite a la vez, sugerir lineamientos de políticas que reducen costos, generan externalidades positivas y potencian la productividad de los eventuales cuidadores. Esto implica además considerar la dimensión territorial (municipal, en el caso de Chile) de estas acciones.

Diagrama 1.- Estructura de los cuidados a los Adultos Mayores (AM)



El documento tiene en la sección II una revisión conceptual indispensable; en la sección III se caracterizan a las personas dependientes, sus cuidadores y la estructura de la oferta institucional pública y privada de CLP. En la sección IV se examinan los costos de tales atenciones para en la sección V intentar una cuenta preliminar de cuidados de largo plazo para Chile. Finalmente, en la sección VI, se establecen conclusiones y algunas discusiones que resultan del presente documento.

II.- Conceptos básicos indispensables

El carácter reciente de los CLP en las definiciones de políticas se expresa en que las definiciones oficiales de cuidados de largo plazo en Chile podrían remitirse a la ley 20.422 de 2010 y a la definición del SENAMA de junio de 2014 que se incluyen a continuación:

“Toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o para participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional” (Ley 20.422 – 2010).

“Un conjunto de servicios, procesos, acciones, actitudes y transferencias (monetarias, no monetarias o en especies) que realizan el Estado, la familia, la comunidad, el sector privado y las propias personas mayores. Los cuidados socio-sanitarios tienen como fin promover, mantener y mejorar el bienestar físico, cognitivo, afectivo, material y social, mediante la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la inclusión en redes sociales e institucionales y la recreación, tomando en consideración la perspectiva ética, cultural y de género. Estos cuidados se dirigen a personas de 60 o más años, atendiendo a sus distintos grados de funcionalidad, autonomía y condición social. Pueden ser preventivos, curativos o paliativos de corto, mediano o largo plazo.”²(SENAMA, junio 2014).

El rango de necesidades de cuidado puede variar desde niveles mínimos de apoyo para el desempeño de algunas actividades cotidianas hasta requerimientos de ayuda prácticamente totales para llevar adelante la vida diaria. Los lugares en los que se pueden satisfacer estas necesidades varían según las condiciones de salud, las preferencias y los valores individuales o familiares, los recursos económicos y familiares disponibles o la localización geográfica, así como la oferta pública y privada existente. En general, los sitios posibles para recibir el apoyo o los cuidados pueden ser el mismo hogar de los usuarios, entornos comunitarios,

² Mesa de trabajo que coordina el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) con representación de representantes de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Chile), del Fosis, del Ministerio de Salud, del Servicio Nacional de la Discapacidad, de la Superintendencia de Salud y de la Universidad Alberto Hurtado. En <http://www.senama.gob.cl/noticias/especialistas-definen-el-concepto-de-cuidados-socio-sanitarios-para-mayores>

ámbitos residenciales con facilidades de asistencia o instituciones con elevada intensidad de cuidados (IOM, 2001).

a) Tipos de cuidado de largo plazo

Estas definiciones básicas pueden ser redundantes, pero por la escasa literatura en el tema y el carácter de documento de trabajo de este texto se ha decidido incluirlas.

- **Atención domiciliaria.** Los auxiliares de salud domiciliarios o los asistentes personales pueden ayudar con el baño, la vestimenta y otras necesidades personales en el hogar, así como con las tareas domésticas, las comidas y las compras. El personal de enfermería domiciliario proporciona un cuidado médico básico, como ayudar con los medicamentos.
- **Programa diurno.** Los programas diurnos para adultos ofrecen interacción social, comidas y actividades, que suelen incluir el ejercicio, los juegos, las excursiones, el arte y la música, a los adultos que no necesitan cuidados las 24 horas. Algunos programas ofrecen traslado de ida y vuelta al centro de atención, así como algunos servicios médicos, como la ayuda para tomar los medicamentos.
- **Residencia para adultos mayores.** Son residencias de alquiler destinados a adultos mayores. Algunas residencias para adultos mayores ofrecen comidas, transporte, servicio de limpieza y actividades.
- **Residencias de vida asistida y apoyo.** Estos centros ofrecen personal que ayuda con actividades como tomar los medicamentos, bañarse y vestirse, así como con las comidas, el transporte, la limpieza y las actividades sociales. Algunas residencias de vida asistida y apoyo cuentan con otras comodidades.
- **Comunidad de retiro de atención continua.** Estas comunidades ofrecen varios niveles de atención, como residencia para adultos mayores saludables, residencias de vida asistida y apoyo para quienes necesitan ayuda con las actividades diarias y atención de enfermería las 24 horas para quienes ya no son independientes. Los residentes pueden pasar de un nivel de atención a otro en función de sus necesidades.
- **Casa de reposo.** Las casas de reposo ofrecen atención de enfermería las 24 horas para las personas que se están recuperando de una enfermedad o una lesión, y funcionan como residencias de reposo para las personas que no pueden cuidar de sí mismas. Las casas de reposo también ofrecen atención del paciente agonizante. Por lo general, los servicios incluyen la alimentación, la vestimenta, el baño y la ayuda para ir al baño, así como el cuidado de heridas y la terapia de rehabilitación.

b) Tipos de cuidados y cuidadores.

Cuidados formales. Son servicios de asistencia personal para el desempeño de las ABVD y AIVD proporcionados por asistentes profesionales a quienes se paga por su trabajo.

Cuidados informales. Son prestados por familiares, voluntarios o amigos no profesionales, y se realizan sobre la base de la solidaridad, es decir, se realizan de manera no remunerada. Se incluyen los que proporcionan cotidianamente los familiares convivientes.

c) Dependencia y discapacidad

Dependencia funcional. Personas de 15 años o más que a) declaran tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas (bañarse, moverse/desplazarse dentro de la casa, utilizar el W C acostarse y levantarse de la cama, vestirse) o instrumentales de la vida diaria (salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar tareas del hogar, hacer o recibir llamadas), o b) que reciben ayuda con alta frecuencia (ayuda muchas veces o siempre para la realización de la actividad) o c) que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales, sobre el total de población de 15 y más años.

Personas con condiciones permanentes (discapacidad). personas con alguna deficiencia física, mental y sensorial, que declaran tener dificultad física y/o de movilidad; mudez o dificultad en el habla; dificultad psiquiátrica, dificultad mental o intelectual; sordera o dificultad para oír, aun usando audífonos; ceguera o dificultad para ver, aun usando lentes.

Considerando las recomendaciones de Naciones Unidas para la caracterización socioeconómica de personas con discapacidad o en situación de dependencia³ en censos y encuestas de hogares, la versión 2017 de la Encuesta Casen incorporó el set corto de preguntas del Grupo de Washington que se muestra a continuación. Esta encuesta es la base de la información que se entrega en este documento.

Cuadro 1.- Preguntas en la encuesta CASEN 2017 sobre dependencia

H10. Las siguientes preguntas indagan sobre dificultades que las personas de este hogar podrían tener para realizar ciertas actividades debido a su estado salud	1. No, sin dificultad	2. Sí, algo de dificultad	3. Sí, mucha dificultad	4. No puede hacerlo
a) ¿Tiene dificultad para ver incluso si lleva lentes?	1	2	3	4
b) ¿Tiene dificultad para oír incluso si utiliza un audífono?	1	2	3	4
c) ¿Tiene dificultad para caminar o para subir escaleras?	1	2	3	4
d) ¿Tiene dificultad para recordar o para concentrarse?	1	2	3	4
e) ¿Tiene dificultad en su cuidado personal como asearse o vestirse?	1	2	3	4
f) ¿Tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, dificultad para comprender o ser comprendido por otros?	1	2	3	4

Ninguna dificultad / Alguna dificultad / Mucha dificultad / No puede hacerlo

Situación de discapacidad:

El SHA establece que hay partidas relacionadas con la salud que también identifican áreas de interés para fines de políticas relativas a la salud, pero que están fuera de los límites de lo

³ la encuesta Casen usa el término discapacidad en lugar de dependencia que es lo que corresponde de acuerdo a las preguntas incluidas en el cuestionario Para mayor detalle ver http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Manual_del_Investigador_Casen_2017.pdf

que se considera salud. Es el caso de los programas de atención de larga duración (CLP) o áreas de promoción intersectorial de la salud como se observa en el cuadro 2:

Cuadro 2. Clasificación de las funciones de salud al nivel de un dígito

- HC.1 Atención curativa
- HC.2 Atención de rehabilitación
- HC.3 Atención de larga duración (salud)
- HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)
- HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)
- HC.6 Atención preventiva
- HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud
- HC.9 Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)
- Partidas debajo de la línea:
 - HC.RI.1 Gasto farmacéutico total
 - HC.RI.2 Medicinas tradicionales, complementarias y alternativas
 - HC.RI.3 Servicios de prevención y salud pública (según SCS.1)
- Partidas debajo de la línea: Relacionadas con la salud**
 - HCR.1 Atención de larga duración (social)
 - HCR.2 Promoción de la salud con un enfoque multisectorial

Fuente: SHA 2011.

El cuadro 2 da cuenta de las dos partidas que nos ocupan en este texto tal como se explicitan en el SHA (2011) diferenciando la función HC.3 Atención de larga duración (salud) y la HCR.1 Atención de larga duración (social). No obstante, hay varias actividades que podrían ser incluidas en una u otra partida. Cada país al elaborar sus propias cuentas debe entregar la explicitación de lo que se incluye en cada caso como se hace en el capítulo V para el caso de Chile.

III.- Caracterización de las personas dependientes y sus cuidadores en Chile

El término "cuidados de largo plazo" inicialmente se refería a los servicios de apoyo a actividades instrumentales o actividades básicas de la vida cotidiana. La mayoría de estos servicios son provistos por cónyuges, hijos adultos o proveedores semi calificados (mayoritariamente mujeres). En cuanto a los servicios sanitarios posibles de incluir en esta categoría (ver sección anterior), se encuentran los cuidados de rehabilitación y aquellos que buscan asegurar la adherencia de los tratamientos en los pacientes o estabilizar su estado de salud (por ejemplo, cuidados para diabéticos). En general, cualquier paciente dependiente necesita una combinación de estos servicios.

Un primer asunto es cuantificar a las personas que se situarían en situación de dependencia. Varios estudios han destacado que hay dificultades en estas mediciones, esencialmente

porque hay una gradiente que suele ser menos evidente entre dependencia y no dependencia (ver, por ejemplo, Villalobos 2019).

a) Población mayor de 60 años, grado de dependencia y necesidad de asistencia (cuidadores)

De acuerdo a la CASEN 2017 se obtiene el cuadro 3⁴ que sintetiza la situación poblacional en Chile con respecto a los adultos mayores de 60 años. Se ha considerado como Adultos Mayores (AM) a personas mayores de 60 años y no de 65 años, como es habitual en la OCDE, porque los programas gubernamentales chilenos aceptan como beneficiarios, en tanto adultos mayores, a personas a partir de los 60 años.

Cuadro 3. Mayores de 60 años según grado de dependencia

personas de 60 y + años	2.950.609	
con dependencia	488.990	16,6%
Dependencia Leve	152.718	5,2%
Dependencia Moderada	187.943	6,4%
Dependencia Severa	148.329	5,0%

Fuente: Casen 2017

La encuesta Casen 2017 permite especificar que, sobre el total de la población mayor de 60 años (2.950.609 personas), las personas dependientes alcanzan al 16.6% (488.900) de las cuales con dependencia leve hay 152.718; con dependencia moderada, 187.943 y con dependencia severa, 148.329 personas. Cabe señalar que estos valores se refieren a atención domiciliaria ya que la encuesta CASEN se aplica en hogares. Las personas dependientes que habitan en establecimientos de larga estadía son tratados en otra sección.

Cuadro 4. Mayores de 60 años según necesidad de asistencia

No tiene cuidador/a	17.708	3,6
Tiene cuidador familiar (integrante del hogar)	226.647	46,4
Tiene cuidador/a externo al hogar	70.725	14,5
Tiene ambos tipos de cuidadores/as	115.529	23,6
NR	58.381	11,9
Total	488.990	100,0

Fuente: Casen 2017

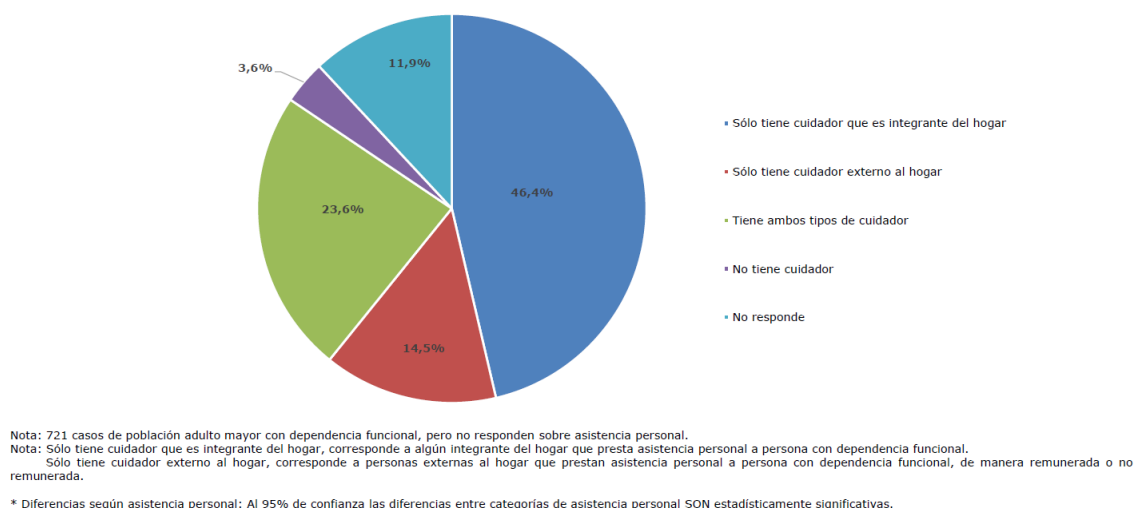
De otra parte, las personas dependientes que necesitan asistencia de cuidadores familiares dentro del hogar o de personas externas al hogar se expresan en el cuadro 4. Se asume que los cuidadores

⁴ Todos los datos de la CASEN 2017 se obtuvieron de:
http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php

familiares son trabajadores no remunerados. En la misma encuesta Casen se indaga sobre quienes de los cuidadores externos y de los que tienen ambos tipos de cuidadores son remunerados concluyéndose que solamente 43.115 personas cuidadoras son remuneradas (23% del total) y los no remunerados alcanzaron en 2017 a 369.786 personas.

Gráfico 1. Distribución de personas de 60 y más años con dependencia funcional y recepción de asistencia personal (2017)

(Porcentaje, población de 60 años y más con dependencia funcional)



Como se observa en el cuadro 4 el sistema actual de cuidados sigue en manos de las familias de manera muy importante. Es posible incluso, que cuando las personas no contestan en la encuesta sea simplemente porque nadie asume la función en el hogar del cuidado de las personas dependientes. Un 38% de las personas dependientes tienen de manera principal o parcial la asistencia de cuidadores externos al hogar.

De otra parte, hay que considerar que, según la Casen 2017, el 47% de los cuidadores son personas mayores de 60 años y, del total de cuidadores, el 72% son mujeres y el 28% son hombres.

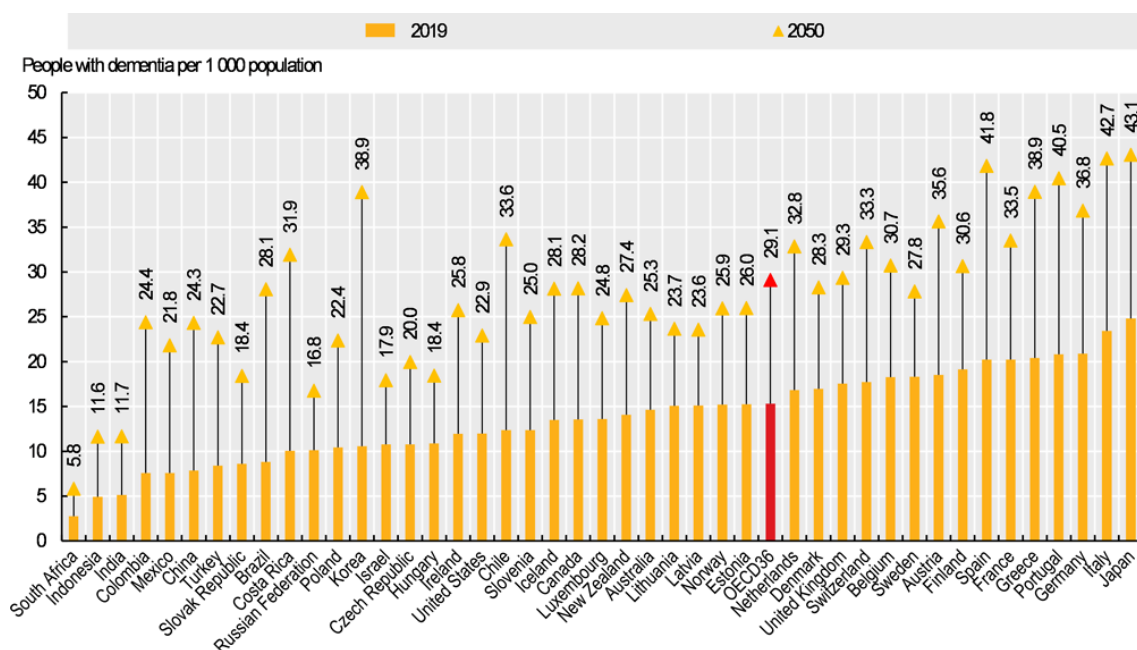
El envejecimiento de la población tendrá un notorio impacto al alza en el gasto público dedicado a la atención a largo plazo. Esto se debe a que la fragilidad y la discapacidad aumentan considerablemente en las edades mayores, especialmente entre las personas de edad más avanzada (mayores de 80 años) que será el segmento de más rápido crecimiento de la población en las próximas décadas. El recuadro siguiente referido al alzheimer alerta con respecto al crecimiento de personas que necesitarán cuidados permanentes por el efecto de la edad.

RECUADRO 1 Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

El alzheimer y las demencias son las enfermedades que necesitan mayor dedicación y atención de terceros porque están caracterizadas por conductas imprevisibles que pueden ocasionar accidentes peligrosos para el paciente y su entorno. En Chile en 2019, existen cerca de 220 mil personas afectadas por alguna demencia (EVC 2019), número que por el envejecimiento poblacional se incrementa año a año. A partir de 2020 se ha incluido en el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) una parte del tratamiento del alzheimer. El plan GES estima que la cobertura anual alcanzará a unas 20.000 personas. La prevalencia de alzheimer en Chile ha aumentado de 50.280 en 1990 a 127.656 en 2017 y su incidencia pasa de 8.573 casos en 1990 a 21.432 en 2017 (GBD visitado 2019). Basado en el Departamento de Salud Mental del Minsal, el EVC 2019 utiliza cifras de prevalencia que alcanzan a 7% en personas de 60 años y más pero solamente 0,054% para la población entre 30 a 59 años.

Por lo demás, como se observa en el gráfico 1 la proporción de la población mayor de 65 años que puede sufrir de demencia en la OCDE pasará de 1,5% en 2019 a 2,9% en 2050. En Chile, se estima que en ese año llegará a 3,4%. La edad sigue siendo el mayor factor de riesgo de demencia: en los 36 países de la OCDE, la prevalencia promedio de demencia aumenta del 2.3% entre las personas de 65 a 69 años a casi el 42% entre las personas de 90 años o más (OCDE 2019).

Gráfico 2. Estimación de prevalencia de demencia 2019 y 2050 (mayores de 64 años).



Fuente: OCDE 2019.

En cuanto a estados de salud, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) realizó en 2017 una encuesta a residentes en Establecimientos públicos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) que arrojó los resultados que se observan en el gráfico 2. Si bien estas cifras no son representativas de la realidad nacional, ilustran acerca de las principales afecciones de los AM con necesidad de asistencia.

Gráfico 3. Prevalencia de enfermedades en residentes en ELEAM dependientes de Senama

¿Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades? ¿Alguna otra?

		Ha informado a médico	Ha recibido medicamentos	Ha recibido otro tratamiento
Hipertensión	56%	98	95	55
Pérdida de visión	45%	42	15	17
Pérdida de audición	42%	32	11	14
Demencia	40%	92	73	48
Diabetes	25%	97	93	59
Enfermedad psiquiátrica	25%	95	83	56
Sordera	23%	38	17	16
Artrosis	23%	86	73	44
Depresión	23%	68	51	43
Alzheimer	21%	79	64	39
Accidente vascular	20%	91	72	61
Problemas del sueño (apnea del sueño, insomnio recurrente)	20%	72	67	34
Migraña o dolores de cabeza	19%	69	72	30
Asma o enfermedad alérgica respiratoria	16%	84	76	61
Pérdida, ausencia o malformación de brazos, piernas o dedos	16%	80	54	18
Trastornos de ansiedad	16%	64	56	36
Enfermedad al corazón (enfermedad cardíaca, coronaria o...)	15%	84	71	49
Ceguera	14%	48	14	11
Enfermedad renal crónica	11%	83	68	38
Artritis	11%	76	53	45
Enfermedad pulmonar crónica (EPOC)	11%	91	77	40
Osteoporosis	9%	64	45	33
Párrkinson	8%	78	72	38
Lesión medular (paraplejía, tetraplejía)	5%	77	59	50
Cáncer	4%	82	65	41
Enfermedad Neuromuscular (Duchenne, esclerosis lateral...)	4%	58	26	37
Parálisis cerebral	3%	94	81	50
Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)	2%	63	46	46
Arterioesclerosis	2%	43	29	29
Fibrosis quística	1%	60	40	37
Otros con menos de un 2% de menciones	18%			

(Base: total muestra = 465 casos)

Fuente: Senama (2017)

b) La institucionalidad nacional para los CLP

i) El Servicio Nacional del Adulto Mayor programas y presupuesto

El Senama es el organismo público especializado en Adultos Mayores que depende del Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO). El presupuesto de la entidad ha crecido a una tasa de 12,5% anual real en los últimos años, aunque los montos que percibió el SENAMA en 2019 corresponden solamente al 0,08% del presupuesto público global (cuadro 5).

Cuadro 5. Ingresos del SENAMA en años escogidos (millones de \$)

	2010	2012	2015	2018	2019
Ingresos corrientes	10.332	12.243	27.638	32.260	39.533
Ingresos constantes de 2019*	13.673	15.287	30.668	33.228	39.533
Tasa de crecimiento real anual					12,5%

*Deflactados por IPC

Fuente: Dipres. Presupuestos públicos (<http://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-2129.html>) Elaboración nuestra.

Los programas más importantes del SENAMA en la actualidad son: El Fondo Nacional del Adulto Mayor (12,3% del presupuesto institucional); el Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor (25,1%); el Programa Fondo Subsidio ELEAM (19,3%); y, el Programa de Centros Diurnos del Adulto Mayor (7,5%). (anexo 1)

El Fondo Nacional del Adulto Mayor financia proyectos: i) Autogestionados ideados, elaborados y desarrollados por organizaciones de adultos mayores; ii) Ejecutores Intermedios con iniciativas presentadas por instituciones, públicas o privadas, que desarrollen acciones en favor de la autonomía funcional de los adultos mayores con algún grado de dependencia; iii) Convenios Institucionales que son iniciativas desarrolladas por instituciones que trabajan con adultos mayores en situación de vulnerabilidad y que entregan servicios y apoyo complementario en el marco de la protección social.

El Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor consiste en asignar viviendas en calidad de comodato, en conjuntos habitacionales de viviendas individuales, adecuadas para personas

mayores autovalentes y en situación de vulnerabilidad. En 2016 este programa cubría 921 personas en 48 condominios de viviendas tuteladas⁵.

El Fondo Subsidio Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) busca mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y vulnerables que residen en ELEAM sin fines de lucro. Estos proyectos deben abordar las siguientes áreas: satisfacción de necesidades básicas, entrega de atención médica especializada, implementación de estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos y promoción del envejecimiento activo.

El programa Centro Diurno tiene por objetivo promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de su participación en talleres realizados por municipios o instituciones sin fines de lucro con experiencia en el trabajo con personas mayores.

En cuanto a las transferencias, el principal beneficiario es el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad, CONAPRAN, es una Corporación de derecho privado, sin fines de lucro que cuenta con 13 Establecimientos en el país. Estas transferencias son para gastos de operación y administración de los establecimientos y alcanzan al 4% del gasto institucional del SENAMA.

La distribución de los programas que ofrece SENAMA según dependencia o autovalencia de los AM se observa en el cuadro 6 que da cuenta que la mayor parte de los recursos se están destinando al área de Cuidados de Largo Plazo (CLP) de AM dependientes.

Cuadro 6. Programas Senama según tipo de beneficiario (dependientes y autovalente)

Adultos Mayores dependientes (Cuidados)	Adultos Mayores autovalentes (Autonomía y participación)
Cuidados domiciliarios	Escuela para dirigentes mayores
Condominio de viviendas tuteladas	Voluntariado Chile País de Mayores
ELEAM SENAMA	Envejecimiento activo
Subsidio ELEAM	Turismo social
Centros de día	
CONAPRAN	
Buen trato	
Escuela para funcionarios públicos	
Fondo Nacional del Adulto Mayor	

R. Valenzuela. Presentación 2017

⁵ “Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor (2017). Presentación a la Cámara de Diputados. Rubén Valenzuela Fuica. Director Servicio Nacional del Adulto Mayor. En <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=100959&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

El Ministerio de Desarrollo Social en el Informe 2017 enunció los Avances en la implementación del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) y la necesidad de su institucionalización. En Chile se está implementando un abanico amplio de programas de cuidados, como visitas domiciliarias o centros de cuidados permanentes, lo que es coherente con los servicios sociales que los países desarrollados han estado implementando en los últimos años. Solo en el año 2014, el Ministerio de Desarrollo Social en conjunto con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), elaboraron una propuesta de diseño del Subsistema. La población objetivo del SNAC quedó conformada por:

- Hogares integrados por Personas de 60 años y más con dependencia
- Hogares con Personas en situación de discapacidad de cualquier edad con dependencia.
- Los/as cuidadores/as no remuneradas y/o red de apoyo de esas personas.

La propuesta del Ministerio de Desarrollo Social para la primera fase de implementación (iniciada en diciembre de 2016), fue poner el foco en los hogares con personas con dependencia moderada y severa que pertenezcan al 60% de menores ingresos, de acuerdo a la Calificación Socioeconómica del Registro Social de Hogares.

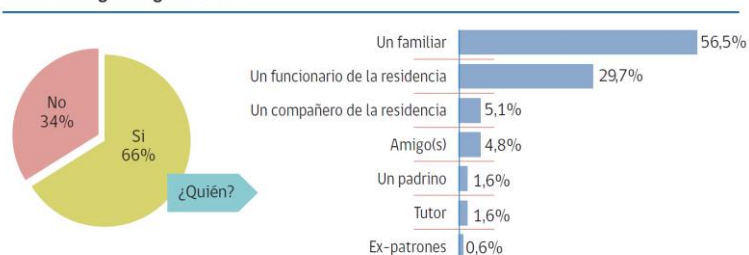
El Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) contaba en 2017, con 12 ELEAM en funcionamiento a lo largo del país con cupos para 658 personas. Estos son administrados por municipios o fundaciones sin fines de lucro. En los ELEAM de Senama, el promedio de edad de ingreso de los residentes corresponde a 78 años y un 72% tiene dependencia severa. Además, las personas están en el 60% más vulnerable de la población de acuerdo al Registro Social de Hogares y sin redes de apoyo efectivas. En cuanto a nivel educacional de los residentes en ELEAM según la encuesta realizada por el Senama en 2017, el 49% solo tenía educación primaria y otro 33% nunca había asistido a la escuela.

El abandono/soledad de los AM en ELEAM es significativo como se desprende de la figura siguiente en que un tercio de ellos no tiene alguien en quien confiar o pedirle consejo.

Gráfico 4. Indicadores de abandono/soledad de los Adultos Mayores. Chile 2017

¿Tiene usted una persona (figura significativa) en quien confía y podría pedirle consejo o contarle cuando tiene algún problema importante? (dentro o fuera del hogar)?

Tiene una figura significativa



Fuente: SENAMA (2017)

Asimismo, al consultárseles por los motivos por los cuales entró a la residencia, las respuestas fundamentales son las siguientes: Porque su familia o cercanos no podían cuidarlo (48%); y, Por razones de salud (45%).

ii) Oferta nacional de ELEAM

El último catastro general de establecimientos de larga estadía para AM data de 2012⁶. Se dispone solamente de datos actualizados de 2017 para los ELEAM públicos como se explicita en el cuadro 7 lo que permite actualizar las personas con residencia en tales establecimientos.

Cuadro 7.- Cobertura y ubicación de los ELEAM públicos dependientes del SENAMA (2017)

Región	Comuna	Cobertura	Operador
Arica y Parinacota	Arica	30	Fundación Gente Grande
Antofagasta*	Antofagasta	40	Hogar de Cristo
Metropolitana	Puente Alto	98	Fundación La Familia de María
Maule	Curicó	70	Hogar de Cristo
Maule	Licantén	30	Municipalidad
Maule	Cuquenes	30	Municipalidad
Bío Bío	Coronel	30	ONG Vitalize
Bío Bío	Hualpen	60	ONG Vitalize
Araucanía	Cunco	60	Municipalidad
Araucanía	Melipeuco	30	Municipalidad
Araucanía	Loncoche	30	Municipalidad
Los Lagos	Puerto Montt	80	Servicio de Salud de Reloncaví
Magallanes	Punta Arenas	70	Servicio de Salud de Magallanes
Total		658	

*Antofagasta entra en funcionamiento en el mes de mayo de 2017

Fuente: Presentación SENAMA 2017

Como se observa en el gráfico 4 había 726 establecimientos de esta naturaleza: 19 establecimientos de derecho público (2,6%); 229 pertenecientes a organizaciones sin fines de lucro (31,5%); y, 478 son empresas privadas (65,8%).

⁶ Senama. Catastro nacional ELEAM. 2012

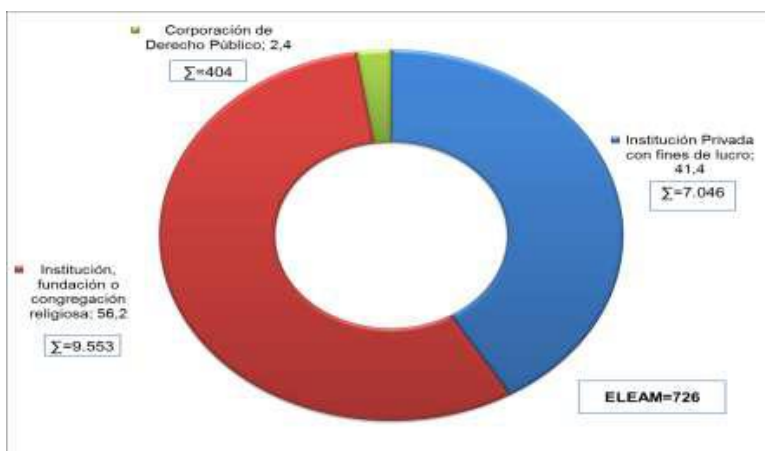
Gráfico 4. Naturaleza de la propiedad de los ELEAM



Fuente: Senama 2012.

La oferta máxima de plazas de todo el sistema es de 19.634 cupos en 2012. Como se observa en el gráfico 5, el sector público en 2012 ofrecía 404 plazas (2,4% de los AM viviendo en ELEAM), las instituciones sin fines de lucro albergaban al 56% de esta población y las empresas al restante 41%. Esta situación ha cambiado. De acuerdo a la web de la Secretaría Regional Ministerial de la Región Metropolitana en diciembre 2019, solo en esta Región, había 440 ELEAM acreditados con una oferta de 12.339 camas (no habían datos de acceso público en la totalidad de las Regiones).

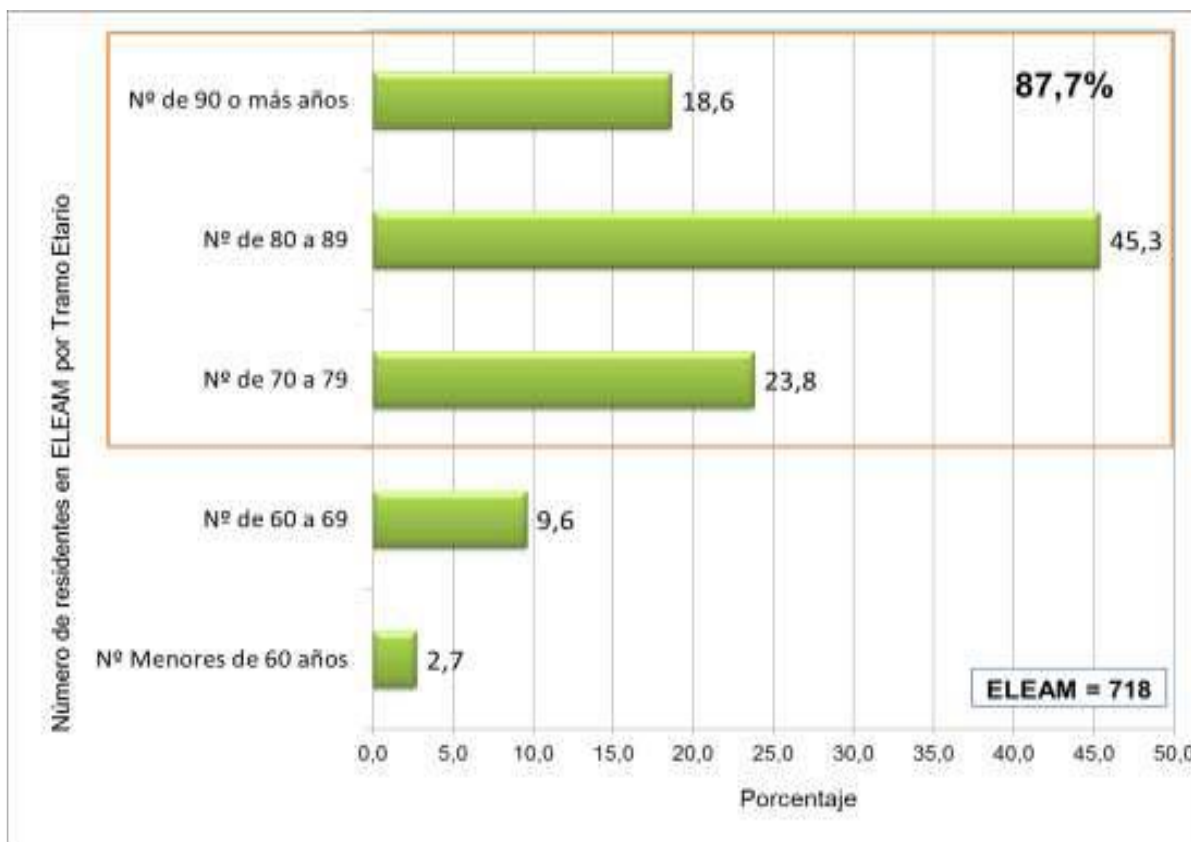
Gráfico 5. Población atendida según propiedad de los ELEAM



Fuente: Senama 2012.

El documento de Senama (2012) establece que el porcentaje de mujeres residentes en los ELEAM (66,1%) supera al número de hombres institucionalizados (33,9%). Así también los datos permiten constatar el predominio de aquellas personas mayores de 70 o más años (87,7%), siendo relevante el subconjunto de personas de entre 80 a 89 años (45,3%). Por el contrario, solo 12,3% de las personas mayores institucionalizadas poseen menos de 70 años.

Gráfico 6. Personas residentes en ELEAM según edad



Fuente: Senama 2012.

Si bien, la tendencia es que residan en ELEAM preferentemente las personas con dependencia severa, en el gráfico siguiente se muestra que, de todos modos, hay un 26% de residentes con dependencia leve y otro 50% con dependencia moderada.

Gráfico 7. Residentes en ELEAM según nivel de dependencia



Fuente: Senama 2012.

iii) Aspectos financieros en los ELEAM

Al desglosar los datos antes expuestos según la naturaleza del ELEAM, es posible constatar que en el caso de los ELEAM que corresponden a instituciones privadas con fines de lucro son dos los requisitos usuales: que la persona mayor posea apoderado (91,8%) y que éste o su familia pueda cancelar el arancel (90,8%). Sin embargo, y a modo de distinción con aquellas, las instituciones, fundaciones o congregaciones y aquellas de derecho público, tienen –acorde a su naturaleza- mayor relevancia la vulnerabilidad socio-económica de las personas mayores; 59,0% y 52,6%, respectivamente.

En cuanto a la característica de los establecimientos, la autorización para el funcionamiento de los ELEAM lo entrega la Secretaría Regional Ministerial de Salud. En 2012, según el catastro de Senama, un 93,1% declaró estar autorizado, un 6,6% se encuentra en vías de autorización y sólo un 0,3% mencionaba que se le ha caducado la autorización. Más allá del status legal de un ELEAM, resulta relevante conocer el tiempo efectivo de funcionamiento de estas entidades. Más de la mitad de los ELEAM (69,3%) tienen 17 o menos años de funcionamiento.

En términos financieros, los tipos de cobro han sido resumidos en tres: el arancel mensual como fórmula habitual (85,2%), reduciendo el cobro universal al 12,9% de los ELEAM.

Existen ELEAM que no establecen ningún tipo de cobro o que cobran la pensión de las personas mayores, la cual generalmente es una pensión básica solidaria y cuyo porcentaje asciende a un 1,9% del total.

A nivel del arancel universal o plano, se constata que el promedio asciende a los \$241.675 de junio 2012 (\$304.384 de octubre de 2019) expresándose una variación relevante en los aranceles de los distintos ELEAM.

Se puede apreciar en el cuadro 6 que los ELEAM con fines de lucro triplican el promedio del arancel de las otras dos modalidades: instituciones o fundaciones sin fines de lucro (\$112.262) y aquellos ELEAM de derecho público (\$115.773).

Cuadro 8. Gasto anual en establecimientos de larga estadía para adultos mayores (2012)

	arancel mensual	personas atendidas año	gasto anual 2012 (miles \$)
Institución Privada o persona natural con fines de lucro	372.868	7.046	31.526.735
Fundación o congregación religiosa sin fines de lucro	112.262	9.553	12.869.267
Corporación de Derecho Público	115.773	404	561.268

Fuente: Catastro 2012

En relación al promedio exigido de cuidadores por personas a cargo según estado de dependencia se verificó en la encuesta de 2012 que prácticamente la totalidad de los establecimientos cumplen con la normativa vigente (cuadro 4).

Cuadro 9. Tasa de cuidadores directos según residentes en ELEAM

Perfil de Funcionalidad	Requerimiento Básico del Reglamento según perfil de funcionalidad	Tasa Exigida por Ley (Decreto 14)	Tasa Promedio Registrada	¿ELEAM que Cumplen?
				% de Sí
Autovalentes	1 Cuidador(a) por cada 20 residentes	0,05	2,36	98,9
Semivalentes	1 Cuidador(a) por cada 12 residentes	0,08	1,21	98,8
Postrados	1 Cuidador(a) por cada 7 residentes	0,14	1,01	98,8

Además, gran parte de los ELEAM operan en edificios ya existentes que han sido acondicionados para cobijar a personas mayores (71,9%). En tanto un 24,5% de los ELEAM opera en un edificio cuya infraestructura es nueva y especialmente diseñada para atender a

personas mayores. Existe un 3,6% de ELEAM que operan en un edificio ya existente que no ha sido ni remodelado ni acondicionado.

Es conocida, por situaciones que han llamado la atención de la prensa, la existencia de albergues informales que reciben AM y que no cumplen con las normativas ni pretenden hacerlo pero que, finalmente, por la insuficiencia de los servicios disponibles y/o por la ausencia de recursos para solventar los pagos de los establecimientos acreditados funcionan en condiciones muy precarias.

iv) El Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del Ministerio de Salud

En el año 2017, la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda de Chile (Dipres) evaluó el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del Ministerio de Salud (Dipres 2017). Este programa que depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud comenzó a ejecutarse el año 2006. Constituye una estrategia de atención de salud que incluye los ámbitos promocional, preventivo y curativo, como también el seguimiento y acompañamiento, de personas con dependencia severa y su cuidador(a). Su componente esencial es la atención domiciliaria. Pese a ello no fue posible establecer los costos de la atención domiciliaria para este fin, tanto porque esa atención suele incluir atención de salud a todo el núcleo familiar como porque los costos no están asignados para prestaciones específicas sino forman parte del ingreso basal o per cápita que reciben los establecimientos de la Atención Primaria. Es decir, para efectos de contabilidad en CLP se han considerado solo los gastos en cuidadores.

En la operación del programa interviene desde enero de 2016 el Ministerio de Desarrollo Social (Mideso), que es la entidad encargada de gestionar el estipendio que se entrega al cuidador(a), a través del “Programa Pago de Cuidadores de Personas con Discapacidad” mientras que el Ministerio de Salud paga la atención domiciliaria. La población objetivo del programa en 2016 según el decreto ministerial de 2020, determina el número máximo de cupos por región para el programa pago de cuidadores de personas con discapacidad, para el año 2020, según la ley n° 21.192, de presupuestos del sector público, año 2020. Déjase constancia que el monto máximo del estipendio para el año 2020 será de \$28.940 (veintiocho mil novecientos cuarenta pesos), según lo dispuesto en el artículo 7° del decreto supremo N° 28, de 2016. En concreto, se entregarán 25.305 anualizados con un presupuesto global de \$8.787.920.400 y con un monto máximo de \$28.940 por pago mensual.

El presupuesto total del programa en 2016 representó el 0,55% del presupuesto general de la Atención Primaria (0,1% del gasto público en salud). Además, este programa ha venido bajando su participación desde 0,73% en 2013.

IV.- Costos de los cuidados de largo plazo: una breve revisión internacional

De acuerdo con proyecciones de las políticas sociales, en la Unión Europea el gasto público en CLP se duplicará, aumentando de 1.2% del PIB en 2007 a 2.3% del PIB en 2060. Los cambios absolutos proyectados van desde menos del ¼% del PIB en Bulgaria, Estonia, Chipre, Portugal y Rumanía a más del 2% del PIB en Grecia, los Países Bajos, Finlandia, Suecia y Noruega, que reflejan enfoques muy diferentes en cuanto al ritmo del envejecimiento, a la provisión y a la financiación de la atención formal (European Commission 2009).

Dado que el nivel inicial de gasto afecta en gran medida al aumento proyectado en puntos porcentuales del PIB, un aumento en términos relativos (del 60% del nivel inicial en el Reino Unido a más del 200% en Rumania, Malta y Eslovaquia) ilustra un poco mejor el grado de desafío que enfrentan las sociedades europeas.

Existe una incertidumbre significativa con respecto a la evolución futura del gasto público global en el largo plazo en este rubro. En la proyección no se tiene en cuenta las posibles tendencias sociales futuras. Con una población que envejece, el número de personas mayores con discapacidad que dependen únicamente del cuidado informal casi se duplicaría en el EU27 (27 países de la Unión Europea), y aumentan en más del 120% en siete Estados miembros. Sin cambios de política en la provisión de largo plazo de la atención médica y no médica, puede producirse una brecha creciente entre el número de ancianos con discapacidades o dependencia que necesitan atención y el suministro real de servicios de atención. Además de una población que envejece, la brecha podría crecer aún más a medida que los cambios en la estructura familiar y la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral limita la oferta futura de atención informal dentro de los hogares y las familias. No obstante, también influyen otras variables en sentido contrario. Por ejemplo, si la ciencia logra mayor eficacia en tratamientos de enfermedades que conducen a la dependencia lo que implicaría que la dependencia también se postergaría en años⁷.

Por otro lado, el aumento continuo de la esperanza de vida traería un mayor potencial de suministro de atención informal por parte de pares también mayores y jubilados. En suma, en los países que hoy tienen sistemas de atención formal menos desarrollados —como Chile— el gasto público en CLP podría aumentar fuertemente.

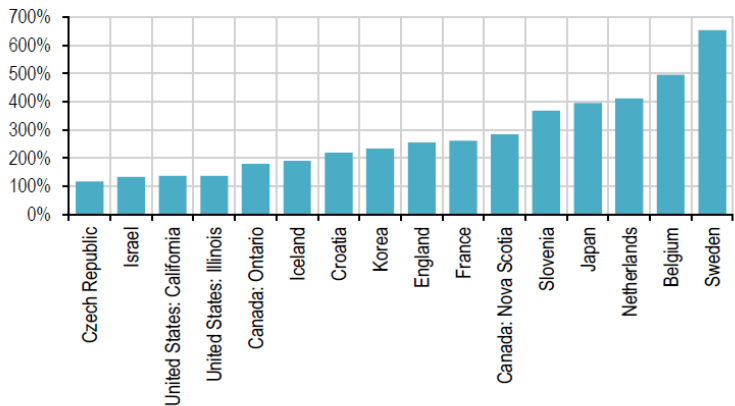
Un estudio aplicado en la OCDE (De la Maisonnette 2013) proyecta que en promedio en países de ingresos medios y medios bajos entre 2010 y 2060 los gastos combinados en salud y cuidados de largo plazo aumentarán entre 3,3 y 7,7 puntos porcentuales del PIB según se

⁷ Esta discusión se puede profundizar en European Commission. The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. 2017.

tome un escenario de contención de costos (optimista) o de presión de costos (pesimista), respectivamente.

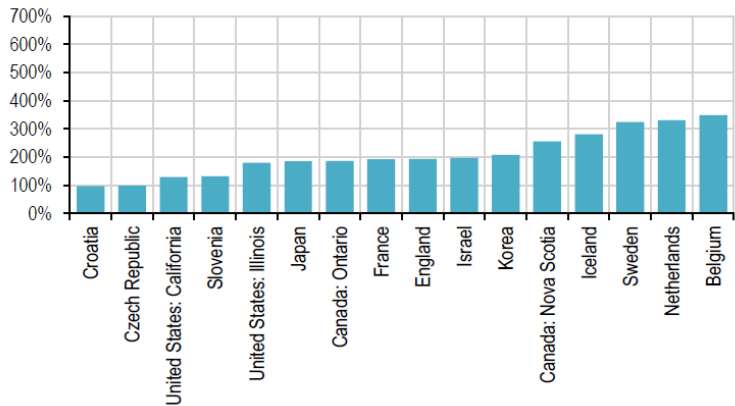
De otra parte, en los gráficos siguientes se observa que en los países estudiados por Muir (2017) los costos de los CLP para personas con dependencia severa siempre superan al 100% de la mediana de los ingresos de cada país de las personas de 65 y más años, es decir de los potenciales usuarios de tales servicios. Esto indica que, los ingresos de estos AM provenientes esencialmente de las pensiones no alcanzarán casi nunca a cubrir las necesidades de CLP ya sea si se calcula con atención domiciliaria de cuidadores o en establecimientos de larga duración. Esto crea problemas esenciales de financiamiento que se examinan en la sección siguiente.

Gráfico 8. Costo semanal en atención domiciliaria a AM dependientes severos en países de Europa y OCDE (% de la mediana de ingresos de los AM)



Fuente: Muir, T. (2017)

Gráfico 9. Costo semanal en atención institucional a AM dependientes severos en países de Europa y OCDE (% de la mediana de ingresos de los AM)



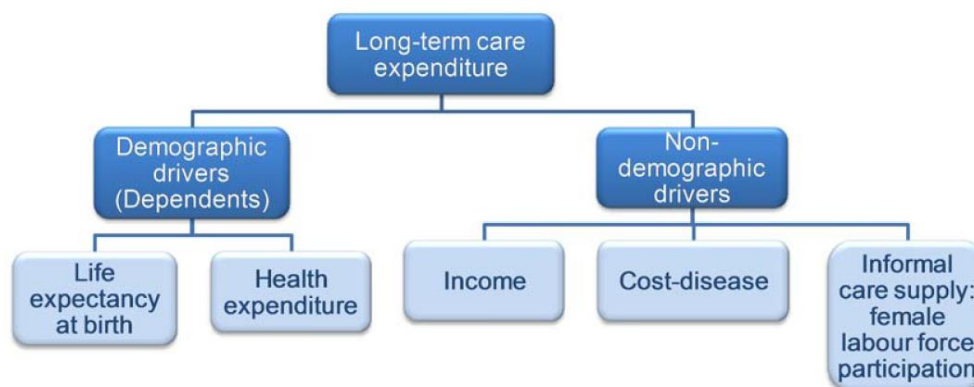
Fuente: Muir T. (2017).

En Estados Unidos la familia presta actualmente un 80% de los cuidados domiciliarios a sus miembros con discapacidad o enfermedades crónicas. Si se valorara a precios de mercado estos servicios, el valor sería de aproximadamente U\$257 mil millones anuales (casi el PIB de Chile). Aproximadamente 23% de los hogares en Estados Unidos contiene al menos un miembro que presta cuidado a un adulto mayor. Las mujeres representan entre el 56% y el 75% de las personas que prestan cuidados a un adulto mayor (Saad 2011).

Se ha instalado que las variables que influyen en los CLP pueden ser demográficas y no demográficas como se describe en la figura 1. Considerando que la ecuación que se desprende del gráfico incluye entre las variables el gasto en salud podría inferirse que dado un crecimiento poblacional como se ha evidenciado en este documento, los “ahorros” en salud de hoy podrán convertirse en presiones de costos mañana a través de los CLP que ello implicará.

Diagrama 2. Determinantes del gasto en cuidados de largo plazo

Figure 3.2. The determinants of LTC expenditure



Fuente: De la Maisonneuve (2013)

En Casado y López Casasnovas (2001) se señala que el Ministerio de Sanidad británico encargó en 1999 un estudio sobre la demanda y la financiación de la atención a las personas mayores dependientes. Este estudio produjo un modelo de macro simulación que permite proyectar la demanda de cuidados de larga duración hasta el año 2030 que ha sido extensamente utilizado por la «Royal Comission on Long-Term Care» para ilustrar las consecuencias económicas de las distintas alternativas examinadas en cuanto a cómo financiar en el futuro los cuidados de larga duración. También en los EE.UU., aunque con menor repercusión política que en el Reino Unido, se han desarrollado modelos que pretenden calibrar el impacto del envejecimiento demográfico sobre el gasto futuro en cuidados de larga duración.

Además, indican los autores, el número de personas mayores no va a ser el único factor que influya sobre los costos para proporcionar CLP en el futuro. Además de la combinación relativa de las distintas fuentes de cuidados (apoyo informal, atención domiciliaria, residencias, etc.), el estado de salud y la capacidad funcional de los ancianos del futuro serán, entre otras, variables que afectarán la cantidad de recursos necesarios para atender a las personas mayores dependientes. Por ello, todo ejercicio de proyección de costos debería aspirar a integrar en su análisis la posible evolución de las variables no demográficas.

En varios países europeos, luego de la crisis de 2009, se redujeron los fondos estatales para la atención social y, en particular, en lo relacionado con AM. Esto obligará a más personas a financiar su propia atención, lo que agregará más barreras para el acceso. La evidencia reciente (Spiers et al 2019) ha relacionado las reducciones en el gasto en asistencia social con el aumento de la mortalidad de los mayores de 60 años. Se estima que un millón de adultos mayores en Inglaterra tienen una necesidad insatisfecha de asistencia social, siendo los más ancianos y los que viven solos, los más afectados. En el pasado, la atención familiar no remunerada ha compensado la falta de atención formal, pero las estimaciones actuales sugieren que la cantidad de adultos mayores que requieren atención, pronto superará la cantidad de cuidadores familiares disponibles. El acceso a la protección social en relación a cuidados de larga duración es, por lo tanto, un tema crítico.

También, el Informe mundial sobre el envejecimiento de la OMS (2005) establece como un pilar esencial de las prioridades de acción el desarrollo de cuidados de largo plazo. En la siguiente sección sólo se busca poner en evidencia la importancia presupuestaria de este llamado cuarto componente de la Seguridad Social que no puede ser dejado únicamente a responsabilidad privada -familiar o solidaria- porque lo cierto es que no será suficiente para dar satisfacción a las demandas.

Akiyama et al (2018) examinaron la situación combinada de cuidados sanitario y sociales para adultos mayores en Japón concluyendo que los CSAM disminuyen y los CNSAM aumentan significativamente entre los sujetos que viven solos durante el invierno.

a) Esquemas de financiamiento de los CLP

El costo de administrar la dependencia varía mucho de un país a otro, pero sigue siendo alto en relación con los ingresos promedios, por lo que la ayuda y la atención a largo plazo a menudo son inaccesibles sin un sistema de protección social. Todos los países estudiados por Muir (2017) tienen algún tipo de protección social para el cuidado de la dependencia, pero incluso cuando la cobertura es muy extensa, los usuarios tienen que pagar parte de los gastos directamente.

Cabe contextualizar (Grignon y Bernier 2013) que sólo el seguro social puede repartir riesgos, reducir la incertidumbre y garantizar el acceso universal a los cuidados. Por lo tanto, los gobiernos tendrán interés en adoptar un plan de seguro público universal en esta materia.

Actualmente son cuidadores informales (generalmente los cónyuges de personas mayores dependientes, a veces sus hijos) que llevan a cabo de forma gratuita la mayor parte (entre 66% y 84%) de la atención a personas mayores. Por las tendencias demográficas no es probable que esta situación perdure en los próximos años ya que, cada vez más personas también necesitarán atención a largo plazo provista por trabajadores profesionales.

Cualquier régimen de financiación universal, sea público o privado, debe cumplir varios objetivos, potencialmente contradictorios: eficiencia (evitar el desperdicio de recursos pero satisfacer las demandas de todos); equidad (brindar atención que satisfaga las necesidades y que no sobrepase las capacidades de pago); respeto a los beneficiarios y solidaridad social (entre otras cosas, no contener elementos que impidan a las familias de ocuparse de sus parientes próximos) y la equidad intergeneracional.

Hay tres opciones principales de financiamiento para los CLP: ahorro privado, seguro privado y seguros públicos. Estas opciones no son necesariamente incompatibles, pero sus efectos en términos de equidad y eficiencia pueden variar ampliamente dependiendo de la combinación de estos elementos.

Además del aporte público, el financiamiento de los CLP puede complementarse con algún tipo de ahorro privado. Grignon y Bernier plantean dos alternativas para favorecer este ahorro privado: la cuenta de ahorro para el cuidado a largo plazo y la hipoteca inversa.

La cuenta de ahorro para el CLP, finalmente es idéntica a una cotización –voluntaria u obligatoria- para pagar el seguro posterior de estos cuidados. Sin embargo, hay evidencias de que la gente no aprecia este gasto. Una razón central para esto es que el seguro privado a largo plazo es económicamente “inasequible”, es decir, prima la idea de que el seguro de CLP, a diferencia de los seguros de cuidados agudos, principalmente protege situaciones futuras que son difíciles de ponderar (Nyman 1995). De hecho, esta definición de (in)asequibilidad puede explicar por qué solo 10% de los estadounidenses tienen seguro de cuidado a largo plazo, mientras que el 30 por ciento podrían pagarlo.

La hipoteca inversa, que tiene numerosas variantes según un principio básico: las personas pueden vender su casa (con un pago mensual) pero pueden continuar viviendo allí hasta que requieran ser atendidos en una institución de largo plazo o hasta su muerte. En lugar de depositar sus ahorros en una cuenta de ahorros para atención a largo plazo, pagan su hipoteca durante su vida laboral que se convierte en una suerte de ahorro para cuidados de largo plazo al momento de a cambio de pagos periódicos realizados por el comprador lo que les asegura un ingreso regular. La tasa de reducción del precio de venta depende de la duración estimada durante la cual es probable que el vendedor ocupe la casa. El importe de los pagos periódicos

(mensuales) varía según la edad y el sexo del vendedor, así como según el valor real de la casa. No es un sistema muy apreciado por los potenciales usuarios, aunque muchas veces las personas deben hacer esta transacción: vender la casa para seguir viviendo sea en un lugar más barato o en una residencia especializada.

Como sea, ningún país podrá suponer que los ahorros privados sean la única fuente de financiamiento para el cuidado a largo plazo, ni siquiera los Estados Unidos o Singapur, que dependen en gran medida de los ahorros privados en materia de salud. Los sistemas públicos de los países no ayudan de la misma manera y tienen diferentes criterios para otorgar los beneficios.

En los Estados Unidos, un programa federal financiado por *Medicaid* y administrado por cada estado cubre los llamados gastos catastróficos de CLP. En el año 2000, investigadores de Estados Unidos estimaron que solamente el costo anual de los cuidadores informales de la demencia en los Estados Unidos fue de US\$ 18 mil millones (National Institute on Aging - WHO. 2010). En Singapur, un plan de seguro voluntario apoyado por el estado, el programa *ElderShield*, fue creado en 2003 para cubrir los costos de discapacidad crónica entre las personas mayores, antes de ampliarse en 2008 a personas con períodos de más de cinco años de atención a largo plazo y con un costo de más de 300 dólares por mes.

Se estima en Estados Unidos que 70% de las personas no pueden pagar un seguro privado, en consecuencia, los subsidios actuales para este fin son insuficientes para solventar esa demanda.

Matus y Cid (2014) hicieron un ejercicio para evaluar los costos de un modelo de atención domiciliario básico en Chile. Se cifró en 1.214 millones de dólares anuales, con un crecimiento esperado de 33% entre 2012 y 2020, lo que equivale a 0,45% del PIB. Este monto pone este costo en niveles relativamente asequibles, lo que puede favorecer la discusión política y económica para llevar a cabo un modelo de cuidados formales para adultos mayores dependientes, aunque se restringe a una fracción de los cuidados necesarios. La atención domiciliaria es solo el primer escalón del sistema de CLP.

Muchos países desean ayudar a las personas dependientes a beneficiarse de una atención domiciliaria más prolongada, pero los hallazgos presentados en todos los países OCDE estudiados por Muir (2017)... “muestran que las brechas en la protección social hacen que esta solución sea inaccesible para los trabajadores de bajos ingresos. Cerrar estas brechas debería ser una prioridad de los futuros esfuerzos de reforma”. El recuadro siguiente referido a la historia del llamado cuarto pilar de la Seguridad Social en España muestra que las demandas pueden superar ampliamente las capacidades de los gobiernos y que las expectativas de ofertas generosas pueden crear frustración si no se llevan a cabo.

RECUADRO 2 Dificultades para la sostenibilidad de un sistema de CLP: el caso de España

La dependencia fue un gran proyecto en España y que con el devenir temporal fue “perdiendo altura”. Guillem López en 2015 examinando la crisis de 2009 en España puso en cuestión el modelo post guerra del estado de bienestar en ese país, aunque sus convicciones van más allá de lo nacional. Su hipótesis se sostiene en el siguiente diagnóstico: debido al aumento de la población mayor “si no hay cambios significativos en las políticas, el gasto público necesario para el bienestar de este colectivo pasará del 12,6% al 33.1% del PIB... y la presión fiscal del 38,2% actual al 57,2% hacia 2040”. Más aun, los ingresos de los mayores terminarán por depender en un 60% del gasto social. Con estas cifras parece evidente colegir que el sistema se ubicaría en una situación de insostenibilidad en un plazo breve.

Cabe notar que estos gastos no solo se producen en salud. La proyección para España es que “habrá un incremento de casi seis puntos adicionales del PIB entre 2010 y 2060: 3,6 en pensiones, 1,3 en sanidad y 0,7 en dependencia”. Sin embargo, desde la perspectiva de la protección social cualquier retroceso en alguno de estos elementos lesionará los resultados de bienestar de la población. “En estas circunstancias -señala López Casanovas- si no se corrigen los contenidos de las políticas sociales, existe el peligro que ante la congelación relativa de los recursos públicos la parte inercial acabe “devorando” el resto de las políticas, alterando irremediamente los equilibrios vigentes y los contratos implícitos de nuestro Estado de bienestar”.

El financiamiento para la dependencia fue uno de los principales rubros en ser afectados por la crisis. El proceso que se describió para Chile del envejecimiento y su entorno fue visualizado con anterioridad en España creándose en 2006 la ley 39 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Lo cual sentó las bases para el nuevo sistema público de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En cuanto a prestaciones, la Ley de dependencia establece los siguientes tipos: en especie, como centros de día, residencias, teleasistencia o atención a domicilio; económicas vinculadas a servicios, con carácter periódico y que se reconocen únicamente cuando es imposible el acceso a un servicio público o concertado; y, económicas, para que la persona dependiente sea atendida en el domicilio por cuidadores familiares.

Según la puntuación, los beneficiarios se clasificaron en tres grandes grupos, Grado I, los dependientes moderados que necesitan ayuda para varias ABVD al menos una vez al día o bien un apoyo intermitente y limitado. Grado II, los dependientes severos que requieren ayuda para varias ABVD bastantes veces al día, pero no necesitan apoyo permanente o tienen necesidades de apoyo generalizadas; Grado III, que engloba a las personas con gran

dependencia, las cuales necesitan ayuda para varias ABVD varias veces al día y, como consecuencia de la pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan un apoyo indispensable y continuo o generalizado (hubo una clasificación en dos niveles para cada grado, pero se suspendió desde 2012). El financiamiento del sistema debía ser mixto entre los aportes públicos y las contribuciones de los beneficiarios.

López C. hace una crítica muy severa al mecanismo destacando los siguientes problemas:

- a) Se diseñó en un momento de alza en el ciclo económico.
- b) se formuló desde el universalismo sin tomar suficientemente en cuenta las diferencias en los servicios ya disponibles y los que había que financiar con nuevos recursos.
- c) para el financiamiento se proyectaron los nuevos ingresos fiscales provenientes de los nuevos empleos que generaría el sistema, así como la liberación de cuidadores familiares, es decir, se sobre estimó la elasticidad de la demanda sobre los ingresos públicos.

Luego de la crisis, en 2012, empezaron los recortes a las prestaciones. Entre ellos, la reducción de 400 a 350 euros de compensación al cuidador en el hogar (180.000 en 2012); se fijaron precios referenciales para residencias; para atención personal en el hogar; para el apoyo en tareas domésticas; se introdujo copagos en personas con rentas por sobre un valor. En suma, indica Guillem López, “este cuarto pilar del Estado de bienestar se crea en un momento en que las estructuras estatales de bienestar ofrecen, en la mayoría de los países desarrollados, muchas dudas sobre solidez y su capacidad para afrontar los retos del futuro sin modificar sustancialmente sus perspectivas”.

Un aspecto central en la gestión financiera es el mecanismo con que se determinan los baremos para los diferentes grados de dependencia. El evaluador del grado de dependencia tendrá interés en aumentar la gravedad de la dependencia (grados) si ello le permite obtener más recursos desde el gobierno central. De este modo, las estimaciones de personas dependientes rápidamente fueron superadas. En particular, el diagnóstico de personas que ya estaban en residencias se llevó generalmente, al Grado III.

La presión de la población (lista de espera) llegó a 250.000 en 2010 con tiempo medios que ya superaban los doce meses.

Desde luego, para los especialistas de AL en esta materia el diagnóstico inicial del impacto del envejecimiento y de las necesidades de financiar la protección social puede ser tema de largo o mediano plazo en algunos países que encuentran todavía poblaciones con bajas expectativas de vida y con gastos fiscales en salud restringidos, pero en cambio, otros países como Chile ya están muy próximos de la estructura demográfica de España pero con grandes retrasos en la institucionalidad del Estado de Bienestar que, en el continente jamás se materializó. Peor aún, la parte centro y sur del continente ha desarrollado marginal y precariamente los sistemas de protección social. Guillem López C. alerta acerca de un

futuro complejo en que, lamentablemente para la Región y Chile en particular, a causa de las desigualdades imperantes se partirá de bastante más atrás que en la Península.

Para enfrentar la presión de costos muchos países solo permiten la elegibilidad de los dependientes severos y de entre ellos los más mayores. Por ejemplo, en la República Checa e Israel, alguien con bajas necesidades, que requiere menos de 6½ horas de apoyo por semana no califica para la protección social. En Inglaterra, no calificaría tampoco para la atención social principal, pero de todos modos podría acceder a un beneficio en efectivo (Muir 2017). Donde los recursos son limitados, tiene sentido priorizar a aquellos con las necesidades más severas, ya que tienen mayor necesidad de protección. Sin embargo, las personas con bajos ingresos a menudo pueden tener dificultades para financiar incluso la atención de nivel inferior. Estas personas quedan expuestas a la pobreza, con niveles de dependencia y sin entornos de ayuda, cuando sus necesidades están por debajo del umbral de elegibilidad.

Asimismo, con la intención de amortiguar los costos, algunos países esperan que las personas bajo cuidado institucional contribuyan con todos sus ingresos, salvo un remanente para gasto personal. Estas asignaciones pueden ser muy pequeñas en algunos países. Por ejemplo, en algunas partes de los Estados Unidos, las personas con ingresos medios pueden quedarse con tan solo el 1% de sus ingresos. Inglaterra y Francia también tienen asignaciones de ingresos definidas, pero las tasas son más altas (alrededor del 10% de los ingresos). Si bien los Países Bajos aplican una forma de regla similar, incluye otras asignaciones que suman alrededor del 40% de los ingresos de una persona.

En definitiva, si se fijan tasas muy bajas se corre el riesgo de socavar la dignidad y la independencia del usuario de la atención; pero tasas más altas podrían aumentar significativamente los costos para el erario público.

En Chile, la situación es todavía más grave porque las personas que necesitan más recursos para enfrentar este período perciben menos de 30% de lo que ganaron en el ciclo anterior. Las pensiones de vejez medias pagadas en septiembre de 2019 son de 2/3 del salario mínimo y las pensiones solidarias, sólo la mitad de ello⁸. Se trata de 2,5 millones de personas.

V.- Cuenta preliminar del sistema de cuidados de largo plazo (Chile)

Las cuentas de cuidados de largo plazo tienen una serie de dificultades para su construcción en el país. Entre ellas:

i) **Escasa o confusa información.** Los datos de los establecimientos de larga duración corresponden a 2012 y solo se refieren a establecimientos acreditados; hay una gran informalidad no solo entre los cuidadores de AM dependientes sino incluso en los “arreglos”

⁸ Superintendencia de pensiones visitada en octubre de 2019

comunitarios que suelen ocurrir como, que una vecina supervise alguna persona dependiente por períodos parciales y combinando ese trabajo con las tareas domésticas habituales en su propio hogar o que se pague esporádicamente a personas para realizar estos cuidados; o que se pague por algunas horas o algunos días, etc.

ii) **Intersecciones de las actividades de CLP con otras actividades.** Esto ha sido resuelto en el marco conceptual sin grandes problemas pero, por ejemplo, es muy común que las cuidadoras se confundan con trabajadoras domésticas porque realizan simultáneamente ambas tareas o que realicen tareas propias de salud como atender enfermedades o condiciones sanitarias que suelen estar presentes en las personas dependientes. Es el caso de las atenciones domiciliarias en que se ha optado por dejar en salud lo que pagan las instituciones sanitarias y en CLP lo que paga el Ministerio de Desarrollo Social. Como sea el SHA (2011) ha reconocido estas intersecciones aceptando que los sistemas de cuidados de largo plazo podrían ubicarse como partida notificada, es decir, bajo la línea en las cuentas de salud.

iii) **Incipiente compromiso institucional y social con respecto a los CLP.** En el país lo referente a cuidados de largo plazo es muy incipiente tanto en el debate nacional como en las preocupaciones institucionales. Por tanto, las fuentes que se han podido recopilar han sido discontinuas. Los programas de atención domiciliaria o de atención a los ELEAM son recientes y aun incipientes. Existe un subsistema de oferta institucional de alto costo que se observa incluso en los anuncios publicitarios. Justamente, por sus costos resulta inaccesible para al menos las personas pertenecientes los nueve primeros deciles de ingresos. No se sabe qué están haciendo los grupos para atender esta necesidad que es evidente a la luz de lo que ha pasado en países con longevidad anterior.

De acuerdo a lo recopilado el cuadro 10 presenta la cuenta preliminar de cuidados de largo plazo.

Cuadro 10. Cuenta de cuidados de largo plazo. Chile 2018

	cobertura	montos (miles \$)
Atención domiciliaria		
1. Pública: programas Senama		2.207.452
2. Programa pago cuidadores Mideso	25.305	8.787.920
3. Cuidadores remunerados	43.115	149.005.440
4. Cuidadores informal sin remuneración	369.786	-
Establecimientos Larga estadía ELEAM		
5. Públicos	658	7.117.331
6. Privados empresariales	7.046	48.357.585
7. Privados ONG	9.553	19.739.648

8. Otros programas y administración SENAMA		23.934.790
9. Gasto total CLP		259.150.166
10. PIB 2018		191.248.800.000
CLP/PIB con cuidadores a \$288.000 mensuales		0,14%

Elaboración propia

Como todo ejercicio preliminar que no tiene antecedentes en el país requiere una explicación detallada de la metadata.

i) Con respecto a los datos del Senama (líneas 1, 5 y 8) se toma como gasto global lo reportado por la Dipres para el año 2018 (anexo 1). La línea 1 incluye dos programas de ese presupuesto: el de Centros diurnos y el de cuidados domiciliarios; la línea 5 incluye el programa Fondo Subsidio ELEAM; y la línea 8 es la diferencia entre el gasto total del Senama menos los programas incluidos en las líneas 1 y 5 de esta cuenta.

ii) la línea 2 del programa, pago de cuidadores del Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), fue explicitado en la sección “5. el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del Ministerio de Salud” que señala el monto incorporado a esta cuenta.

iii) las líneas 3 y 4 resultan de la CASEN 2017 y se refieren a cuidadores en residencias particulares únicamente.

En cuanto a los cuidadores remunerados el número 43.115 corresponde a lo reportado por la encuesta Casen. Se adoptó el precio con los siguientes criterios: a contar de septiembre de 2018, el monto del ingreso mínimo en Chile era de \$288.000. Se revisaron los avisos de cuidadores en los anuncios de periódicos en 2020 y este alcanza en sus niveles mas bajos a \$3.000 la hora lo que supera los \$500.000 mensuales calculado de acuerdo a la jornada normal media de trabajo en Chile lo que es aproximadamente 70% por sobre el salario mínimo vital. No se disponía tampoco de la extensión horaria mensual de los cuidadores, pero se asume que si es necesario pagar un cuidador la necesidad del AM es permanente, por lo tanto, es probable que la mayoría de estos cuidadores -a diferencia de los familiares no remunerados- sean pagados en jornadas completas. De otra parte, un estudio reciente hace una estimación del valor económico del trabajo doméstico no remunerado que hacen las mujeres, evaluando en \$2.058 el pago por hora de los cuidados a personas de 66 años y más (Comunidad mujer 2019). En consecuencia adoptar el valor del salario mínimo parece más bien una estimación prudente.

La línea 4 referida a cuidadoras y cuidadores no remunerados no tiene efectos contables directos pero se incorpora para evaluaciones complementarias. En todo caso, según el INE (2015) los tiempos que dedican los familiares no remunerados al cuidado de personas de 66 y más años es de 48 horas mensuales.

iv) Las líneas 5, 6 y 7 tienen su base en el Catastro de los ELEAM realizados por SENAMA en 2012 (cuadro 6) que arroja resultados con respecto a personas residentes y costos mensuales de la internación según tipo de establecimiento. En el caso del sector público se disponía del número actualizado de personas en los ELEAM públicos y el monto dispensado se encuentra en el presupuesto como se indicó en i).

En cambio, para los ELEAM privados, con o sin fines de lucro, se procedió a ajustar, en primer lugar, el número de personas (manteniendo la proporción de internados de acuerdo al aumento de las personas de 60 o mas años entre 2012 y 2018); en segundo lugar, se ajustó el precio promedio del arancel mensual de 2012 de acuerdo al Índice de Precios al Consumidor.

v) La línea 9 referente al Producto Interno Bruto se obtuvo del Banco Central de Chile.

VI.- Conclusiones

El envejecimiento poblacional exige un sistema integrado de cuidados sanitarios y no sanitarios para los AM, especialmente para aquellos en situación de dependencia severa que en Chile superan a las 150.000 personas. Este sistema no solo debe contemplar la situación de los AM dependientes sino de sus cuidadores (mayoritariamente mujeres) que no pueden obtener recursos a riesgo de abandonar a sus parientes.

La encuesta Casen 2017 permite especificar que, sobre el total de la población mayor de 60 años (3.595.440 personas), las personas dependientes alcanzan al 14.2% (510.552) de las cuales con dependencia leve hay 158.199; con dependencia moderada, 197.749 y con dependencia severa, 154.604 personas. Cabe notar que el 91% de las personas dependientes están afiliadas a Fonasa. De su parte, el 47% de los cuidadores son personas mayores de 60 años y, del total de cuidadores, el 72% son mujeres y el 28% son hombres.

Los adultos mayores, más solos que antes por la recomposición del núcleo familiar, la menor tasa de fertilidad, la adscripción de cada vez más mujeres a la población económicamente activa y el aumento de la longevidad, impide que se pueda seguir esperando solamente soluciones familiares a la dependencia. Solo un pequeño grupo de los AM dependientes podrán financiar con sus ingresos o ahorros los costos de los CLP de las empresas privadas que en Chile superan a los ingresos promedios de este sector etario, al igual que en países OCDE.

El único catastro completo (nacional) de ELEAM data de 2012. Solo había 19 establecimientos de derecho público (2,6%); 229 pertenecientes a organizaciones sin fines de lucro (31,5%); y, 478 son empresas privadas (65,8%). Entre todos albergaban 19.634 personas (404, 9.573 y 7.046 respectivamente). Si bien hay aumentos posteriores la oferta (en 2019, los ELEAM públicos en funcionamiento a lo largo del país aumentaron sus cupos hasta 728 personas) sigue siendo insuficiente y genera una situación más crítica para las familias. Los AM superarán a 1,8 millones de personas en 2050.

Desde 2006 existe el Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del Ministerio de Salud. No hay datos precisos sobre las prestaciones que se efectúan a través de la atención primaria, aunque el programa se impuso una cobertura modesta (6% del total de la población con dependencia severa, es decir, 42.663 personas). En la operación del programa interviene desde enero de 2016 el Ministerio de Desarrollo Social (Mideso) en cuanto a ejecutar la entrega de estipendios a los cuidadores. El presupuesto total del programa en 2016 alcanzó a 8.331 millones de pesos representando el 0,55% del presupuesto general de la Atención Primaria (0,1% del gasto público en salud).

En 2016, se registraron 17.212 cuidadores que recibieron un estipendio como parte del programa (el estipendio representa el 92% de los recursos que dispone el programa). De los cuidadores, en el caso del programa, un 88% correspondía a mujeres. Con respecto al parentesco de los cuidadores, los principales corresponden a hijos(as) (39%), seguido de madres (22%) y cónyuges (14%). En 2019, según la línea presupuestaria de Mideso correspondiente al Pago a Cuidadores de personas con Discapacidad, el monto mensual del subsidio es de 24.205 pesos (que lo paga el IPS) y el número de Subsidios otorgados corresponden a 24.890.

Estudios de la OCDE proyectan que en promedio en países de ingresos medios y medios bajos entre 2010 y 2060 los gastos combinados en salud y cuidados de largo plazo aumentarán entre 3,3 y 7,7 puntos porcentuales del PIB según se tome un escenario de contención de costos (optimista) o de presión de costos (pesimista), respectivamente. Chile, al partir de una situación muy precaria en cuanto a oferta pública de CLP, probablemente se sitúe mar cerca de los extremos altos de presión de costos. En el pasado, la atención familiar no remunerada ha compensado la falta de atención formal, pero las estimaciones actuales sugieren que la cantidad de adultos mayores que requieren atención, pronto superará la cantidad de cuidadores familiares disponibles. El acceso a la protección social en relación a cuidados de larga duración es, por lo tanto, un tema crítico.

Se calculó una cuenta de cuidados de largo plazo siguiendo las metodologías habituales de cuentas satélites aunque en una lógica menos sofisticada por la escasez de información. Entonces los cálculos siguen la lógica de las cuentas de fuentes y usos de fondos.

Los CLP ocupan el 0,14% del PIB destacándose que existen 369.786 personas cuidadoras no remuneradas que, de asignarse un valor a esta actividad, aumentaría significativamente el peso de esta actividad en las cuentas nacionales.

Asimismo, el aporte público alcanza al 16% del gasto en CLP, mientras que la proporción del gasto se concentra en el trabajo de cuidadoras en los hogares que ocupa el 57% del gasto total.

El total de personas cubiertas por los ELEAM (públicos y privados) en 2018 alcanza a 17.257 lo cual es una proporción excesivamente baja de quienes podrían necesitar estos servicios, que fueron calculados en 148.329 personas mayores de 60 años con dependencia severa.

Todos los países que disponen de sistemas de CLP tienen algún tipo de protección social para el cuidado de la dependencia, pero incluso cuando la cobertura es muy extensa, los usuarios tienen que pagar parte de los gastos directamente. Hay tres opciones principales de financiamiento para los CLP: ahorro privado, seguro privado y seguros públicos. Estas opciones no son necesariamente incompatibles, pero sus efectos en términos de equidad y eficiencia pueden variar ampliamente dependiendo de la combinación de estos elementos. Como sea, dependerá del nivel medio de ingresos, la cultura y las capacidades fiscales el crear el sistema que necesitan las personas con dependencia severa.

En todo caso confiar en el ahorro privado como solución a los CLP resultará inaccesible para los hogares de bajos ingresos. A esto también deberán abocarse los futuros esfuerzos de reforma, señala T Muir.

Referencias bibliográficas

Akiyama N, Shiroiwa T, Fukuda T, Murashima S, Hayashida K (2018) Healthcare costs for the elderly in Japan: Analysis of medical care and long-term care claim records. PLoS ONE 13(5): e0190392. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190392>

Casado Marín David y Guillem López i Casanovas. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales Núm.6 Fundación "la Caixa", 2001.

CASEN 2017 http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php

Comunidad Mujer (2019). ¿Cuánto aportamos al PIB? Primer Estudio Nacional de Valoración Económica del Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Chile.

De la Maisonneuve, C. and J. Oliveira Martins (2013), "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures", OECD Economics Department Working Papers, No. 1048, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>

Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud. Departamento de Economía de la Salud- MINSAL, División de Planificación Regional de MIDEPLAN. DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE. Marzo 2008.

Dipres. Informe final de evaluación programas gubernamentales: Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Enero-julio 2017.

DREES. Personnes âgées dépendantes: les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. Etudes et Résultats No 1032. Octobre 2017

European Commission (EC). 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States. 2009.

European Comission. The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. 2017

Global Burden of Disease Study. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> Visitado 2019.

Grignon Michel et Nicole F. Bernier. Financer les soins de longue durée: Une assurance privée ou publique? Etude IRP, Canada. No 39, février 2013.

INE (2015) Encuesta Nacional del Uso de Tiempo (ENUT).

INE. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. INE, 2018.

IOM (Institute of Medicine (2001), Improving the Quality of Long Term Care, Gooloo S. Wunderlich y Peter O. Kohler (eds.) Institute of Medicine, Washington, National Academy Press

López Casasnovas G. El bienestar desigual. Ed. Penínsulas, Barcelona. 2015.

Matus M. y C. Cid (2014) Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012 – 2020. Revista Panamericana de Salud Publica, 36(1), 31-36

Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC). Santiago: MIDESO; 2015. Disponible en http://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad

MIDESO. Informe de Desarrollo social 2017. Mideso, 2017.

Ministerio de Salud. Informe final del estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con garantías explícitas 2018 (EVC 2018). Chile, Minsal, enero 2019.

Muir, T. (2017), “Measuring social protection for long-term care”, OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.

National Institute on Aging - WHO. Global Health and Aging. 2010

Nyman John A. Another Look At Long-Term Care Financing 1995
<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.14.2.316>

OCDE (2019). Health at a glance. OCDE.

OCDE-OMS-Eurostat (2011). Sistema de cuentas de salud.

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.
OMS. <http://www.who.int/ageing>

Saad Paulo. Construcción del sistema de cuidados en Uruguay: Insumos para el debate. Presentación ppt. Montevideo, 1 de septiembre del 2011.
http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13519/1/comentarios_am_-_paulo_m_saad.pdf

Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en la Personas Mayores. Santiago: SENAMA; 2010. Disponible en:

<http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>

Senama. Catastro nacional de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, ELEAM. 2012

Senama (2017), Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA. Santiago. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Spiers G., F E Matthews, S Moffatt, R O Barker, H Jarvis, D Stow, A Kingston B Hanratty. Impact of social care supply on healthcare utilization by older adults: a systematic review and meta-analysis. Age and Ageing, Volume 48, Issue 1, 1 January 2019, Pages 57–66 <https://doi.org/10.1093/ageing/afy147>

Superintendencia de pensiones <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyname-621.html> visitada en octubre de 2019

Superintendencia de Salud y Departamento de economía de la salud -Minsal (2008). Dependencia de los Adlts mayores en Chile
<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-4471.html>

Villalobos Dintrans Pablo. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. Rev. méd. Chile vol.147 no.1 Santiago. 2019 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100083>