

“ANÁLISIS PROSPECTIVO DE UN SEGURO OBLIGATORIO DE DEPENDENCIA PARA ADULTOS MAYORES”

INFORME FINAL

Proyecto desarrollado por Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile y la Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS) a la Subsecretaría de Previsión Social

Enero 21 de 2014

Equipo Consultor:

Jefe Proyecto : Camilo Cid Pedraza
Equipo Consultor: Dr. Pedro Paulo Marín Larraín
Nicolás Starck Aguilera
Cristian Marcó Echeverría
Christopher Clavero Díaz
David López Moreno
Andrés Romero Werth

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	11
I. ANTECEDENTES	16
II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORIA	18
III. INTRODUCCIÓN	20
CAPÍTULO I: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN CHILE	25
1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS ADULTOS MAYORES.....	25
2. DEPENDENCIA	29
2.1. Personas Dependientes:.....	29
2.2. Personas Beneficiarias:	30
2.3. Escalas de Medición:	32
2.4. Definición a utilizar en el estudio.....	34
3. CARACTERIZACIÓN DEPENDENCIA.....	35
3.1. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores:.....	37
a) Dependientes	37
b) Distribución por genero	38
c) Distribución por Edad.....	39
d) Composición Grupo Familiar	39
e) Nivel Educativo	41
f) Ingresos	43
g) Residencia	46
3.2. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010:	47
a) Factores de riesgo y problemas de salud	47
b) Discapacidad.....	50
3.3. Encuesta de Protección Social (EPS) 2009:	53
a) Dificultades para realizar actividades de la vida diaria	53
b) Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por edad.....	54
c) Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por sexo	56

Subsecretaría de Previsión Social

d)	Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por región	56
e)	Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por ingreso per cápita.....	57
f)	Condicionantes para dependencia.....	60
3.4.	Encuesta de Caracterización Social y Económica Nacional(CASEN) 2009 y 2011:	66
a)	Dependientes por tramo de edad.....	67
b)	Dependientes por género	68
c)	Dependientes por estructura del grupo familiar	69
d)	Dependientes por ingresos y trabajos del hogar	70
3.5.	Ficha de Protección Social (FPS):.....	72
a)	Dependientes por tramo de edad.....	73
b)	Dependientes por rango de ingreso.....	74
c)	Dependientes por estructura del hogar.....	80
3.6.	Matriz Transición dependientes EPS.....	81
4.	CONCLUSIONES DE LA PRIMERA PARTE.....	83
CAPITULO II: PROPUESTA SEGURO OBLIGATORIO DE DEPENDENCIA.		85
1.	ESTIMACIONES Y PROYECCIONES POBLACIONALES.....	85
1.1.	Metodología	85
1.2.	Población Nacional.....	86
1.2.1.	Supuestos	86
1.2.2.	Proyección.....	86
1.3.	Población Dependiente.....	92
1.4.	Impacto de la Dependencia en la Empleabilidad del hogar.....	101
2.	SEGUROS DE DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL	108
2.1.	Naturaleza y contenido de los beneficios	109
2.2.	Financiamiento y gasto de los seguros sociales para la dependencia	111
2.3.	Acceso y condiciones para el acceso.....	114
2.4.	Proveedores	115
3.	LA DEPENDENCIA EN LA NORMATIVA NACIONAL.....	118
3.1.	La protección de la dependencia y la Constitución en Chile.....	119

Subsecretaría de Previsión Social

3.2.	Normas legales que reconocen y/o cubren la dependencia en Chile.....	119
3.3.	Prestaciones Directa o Indirectamente Vinculadas a la Dependencia en Chile.....	121
3.4.	Sector Salud y Atención Primaria en Salud	123
3.5.	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	125
3.5.1.	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).....	127
3.5.2.	Centros diurnos	128
3.5.3.	Programa de Cuidados Domiciliarios	128
3.5.4.	Fondo Nacional para el Adulto Mayor	130
3.5.5.	Otros Programas SENAMA	130
3.6.	Servicio Nacional para la Discapacidad (SENADIS).....	131
3.6.1.	Programas de apoyo domiciliario.....	132
3.6.2.	Programas ambulatorios.....	132
3.7.	Cuidado Informal.....	133
3.8.	Pensiones de invalidez	135
3.9.	Resumen.....	136
4.	PROVISIÓN ACTUAL DE CUIDADOS A LOS ADULTOS MAYORES	137
4.1.	Oferta de Cuidados en Chile.....	137
4.2.	Definición ELEAM	140
4.3.	Otras modalidades de provisión de servicios de cuidados	141
4.4.	Falencias y desafíos del sistema Chileno.....	141
4.5.	Realidad Nacional.....	142
4.5.1.	La oferta privada de cuidado.....	143
4.6.	Criterios de Admisión	146
4.7.	Aranceles.....	146
5.	PROPUESTA	148
5.1.	Diseño de Seguro	151
5.2.	Consideraciones generales.....	153
5.2.1.	Modalidad domiciliaria.....	155
5.2.2.	Prestación Institucional.....	156

Subsecretaría de Previsión Social

5.2.3.	Prestación Económica	156
5.2.4.	Tele asistencia	157
5.2.5.	Vouchers.....	158
5.3.	Competencias de los cuidadores.....	161
5.3.1.	Aspectos mínimos para los cuidadores	166
5.4.	Beneficios	168
5.5.	Accesibilidad.....	170
5.6.	Costos y Financiamiento	173
5.6.1.	Costos	173
5.6.2.	Financiamiento.....	180
5.7.	Administración	189
5.8.	Supervisión	190
5.9.	Articulado Propuesto Administración del Seguro Social de Dependencia Legislación (caso de administrador privado)	192
5.9.1.	Modalidad de entrega beneficios	199
6.	ANEXOS	202
6.1	ANEXOS CAPÍTULO I	202
6.2	ANEXOS CAPÍTULO II	217
6.2.1	Metodología proyecciones demográficas	217
a)	Supuestos	217
b)	Proyección.....	218
6.2.2	Estudio de casos por país	221
6.2.3	Escenarios de proyección poblacional dependiente.....	244
6.2.4	Proyecto de Ley que crea el Seguro Social Contra la Dependencia	246
7	REFERENCIAS.....	271

Subsecretaría de Previsión Social

Índice de Cuadros

Cuadro N° 1: Proyección A.M. regional 2010 – 2020	27
Cuadro N° 2: Variables empleadas para la determinación de dependencia	36
Cuadro N° 3: Dependientes criterio amplio v/s estricto	37
Cuadro N° 4: Dependientes severos criterio estricto.....	37
Cuadro N° 5: Personas Mayores Postradas.....	38
Cuadro N° 6: Dependientes severos estrictos, por genero	38
Cuadro N° 7: Dependientes severos amplio 2009, por género.....	38
Cuadro N° 8: Dependientes severos criterio estricto, por edad	39
Cuadro N° 9: Dependientes severos criterio amplio, por edad	39
Cuadro N° 10: Composición grupo familiar incluido dependiente	40
Cuadro N° 11: Composición grupo familiar incluido dependiente	40
Cuadro N° 12: Dependientes severos criterio estricto, por nivel educacional	41
Cuadro N° 13: Dependientes severos criterio amplio, según nivel educacional	42
Cuadro N° 14: Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso.....	44
Cuadro N° 15: Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso.....	44
Cuadro N° 16: Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso per cápita.....	45
Cuadro N° 17: Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso per cápita.....	45
Cuadro N° 18: Dependientes severos criterio estricto, por región de residencia	46
Cuadro N° 19: Dependientes severos criterio amplio, por región de residencia.....	46
Cuadro N° 20: Necesidad de ayuda o dificultad para realizar las siguientes actividades	53
Cuadro N° 21: Necesidad de ayuda o dificultad para realizar las siguientes actividades Mayores 65	54
Cuadro N° 22: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida diaria por edad.....	55
Cuadro N° 23: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida diaria por sexo	56
Cuadro N° 24: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida diaria por región	58
Cuadro N° 25: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida por tramos de Ingreso	59
Cuadro N° 26: Dependientes Según tramo de edad y genero	60
Cuadro N° 27 Dependientes según tramo de edad	60
Cuadro N° 28: Dependientes por género.....	61
Cuadro N° 29: Dependientes por parentesco jefe de hogar	61
Cuadro N° 30: Personas que dependen económicamente de una persona dependiente.....	62
Cuadro N° 31: Composición del hogar	63
Cuadro N° 32: Ingreso autónomo per cápita	64
Cuadro N° 33: Ingreso autónomo	65
Cuadro N° 34: ¿Es capaz de bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	66
Cuadro N° 35: ¿Es capaz de moverse/desplazarse solo(a) dentro de la casa?	67
Cuadro N° 36: Dependientes estimados	67

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 37: Dependientes por tramo de edad CASEN 2009 – 2011	68
Cuadro N° 38: Dependientes por genero CASEN 2009 – 2011	69
Cuadro N° 39: Dependientes por estructura familiar	69
Cuadro N° 40: Personas en el hogar.....	70
Cuadro N° 41: Dependientes por ingresos y trabajos del hogar	71
Cuadro N° 42: Participación laboral familiar	72
Cuadro N° 43: Dependientes por grado de dependencia: Moderada, Severa	73
Cuadro N° 44: Dependientes por rango de edad	73
Cuadro N° 45: Dependientes por rango de ingreso individual	74
Cuadro N° 46: Dependientes por rango de ingreso permanente	75
Cuadro N° 47: Dependientes por rango de ingreso del trabajo.....	76
Cuadro N° 48: Dependientes por rango de pensión	78
Cuadro N° 49: Dependientes por rango de pensión	79
Cuadro N° 50: Dependientes por estructura del hogar	80
Cuadro N° 51 Dependientes por tamaño del hogar.....	81
Cuadro N° 52: Matriz de Transición dependientes EPS 2006 – 2009.....	82
Cuadro N° 53: Proyecciones poblacionales 2013 – 2065.....	88
Cuadro N° 54: Proyección dependientes por género y tramo de edad 2011 - 2077 (escenario base con EDPM).....	97
Cuadro N° 55: Proyección dependientes por tramo de edad 2011 - 2077 (escenario base con FPS)	100
Cuadro N° 56: Condición de actividad para quienes viven con una persona en situación de dependencia.....	101
Cuadro N° 57: Modelo de regresión logística 1, efecto de tener un familiar dependiente sobre probabilidad de trabajar.	102
Cuadro N° 58: Modelo de regresión logística 2, efecto de tener un familiar dependiente sobre probabilidad de trabajar.	105
Cuadro N° 59: Presupuesto de algunos programas destinados al cuidado de Adultos Mayores con dependencia.....	136
Cuadro N° 60: Instituciones, fundaciones o congregaciones a la cual pertenecen los ELEM.....	145
Cuadro N° 61: A.M. Según naturaleza de ELEM.....	145
Cuadro N° 62: Estadísticos de arancel mensual de los ELEM	146
Cuadro N° 63: Arancel según naturaleza de los ELEM.....	147
Cuadro N° 64: Modalidades de prestación, ventajas y desventajas	159
Cuadro N° 65: Actividades de la vida diaria	161
Cuadro N° 66: Competencias Profesionales.....	163
Cuadro N° 67: Parámetros del plan universal de cuidados de largo plazo para Chile	169

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 68Tabla: Respuesta a pregunta de movilidad en personas de 60 y más años. CASEN 2009.....	171
Cuadro N° 69: Respuesta a si Tiene dificultades de moverse desplazarse dentro de la casa.....	171
Cuadro N° 70: Prevalencia de dependencia en adultos mayores en Chile según EDPM	174
Cuadro N° 71: Prevalencia de dependencia en adultos mayores en Chile según FPS	174
Cuadro N° 72: Costo mensual per cápita del beneficio	176
Cuadro N° 73: Población Chilena 2010	218
Cuadro N° 74: Tasa específica de fecundidad por edad.....	219

Subsecretaría de Previsión Social

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1: Evolución población A.M 2005 – 2020	25
Gráfico N° 2: Tasas de prevalencia de problemas de salud en Población adulto mayor	48
Gráfico N° 3: Discapacidad severa adultos mayores por edad	51
Gráfico N° 4: Proyección de población dependiente según grupo de edad (base EDPM)	93
Gráfico N° 5: Proyección de población dependiente según grupo de edad (escenario base con FPS).....	94
Gráfico N° 6: Proyección de población dependiente según género (escenario base con EDPM)	95
Gráfico N° 7: Proyección de población dependiente según tipo de encuesta (escenario base)	95
Gráfico N° 8: Población de 65 años y más que recibe cuidados de largo plazo según tipo de prestación (2011 o año más próximo)	110
Gráfico N° 9: Evolución de receptores de LTC como cuidados domiciliarios en población de 65 años y más (2000 versus 2011 o año más próximo).....	111
Gráfico N° 10: Gasto público en cuidados de largo plazo como proporción del PIB (2011 o año más próximo).....	113
Gráfico N° 11: Distribución del gasto en salud según función de cuidados (2011 o año más próximo).....	114
Gráfico N° 12: Población de 50 y más años que reporta entregar cuidados informales y proporción de mujeres entregando estos cuidados (2010 o año más próximo).....	117
Gráfico N° 13: Requisitos de Admisión establecidos por naturaleza de ELEAM.....	146
Gráfico N° 14: Criterios de diferenciación de arancel promedio mensual por naturaleza de ELEAM	148
Gráfico N° 15: Costos de un seguro de dependencia para Chile por género (MM\$ de cada año) .	178
Gráfico N° 16: Costos de un seguro de dependencia para Chile por tramo de edad (MM\$ de cada año según EDPM)	179
Gráfico N° 17: Costos de un seguro de dependencia para Chile por género (MM\$ de cada año) .	180
Gráfico N° 18: Proyección de cotizantes al seguro de dependencia.....	181
Gráfico N° 19: Tasa de cotización de equilibrio según edad de inicio de aportación (escenario base con EDPM).....	182
Gráfico N° 20: Tasa de cotización de equilibrio según edad de inicio de aportación (escenario base con FPS).....	182
Gráfico N° 21: Propuesta de aporte base y diferencias de sustentabilidad financiera según escenario	184
Gráfico N° 22: Focalización 1.....	185
Gráfico N° 23: Focalización 2.....	186
Gráfico N° 24: Focalización 3.....	188
Gráfico N° 25: Proyección de dependientes según escenario y encuesta base.....	245



Subsecretaría de Previsión Social

Subsecretaría de Previsión Social

RESUMEN EJECUTIVO

La seguridad social chilena ha sido capaz de adaptarse a la dinámica de las contingencias que aquejan a su población, vinculadas de forma relevante a 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 el aumento en las expectativas de vida se estima generarán la necesidad de impulsar nuevas formas de Protección Social, y de este modo mantener la calidad de vida de los adultos mayores.

En razón de 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. Según la definición del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales (1998) de España, en su libro blanco, se define la dependencia como el “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado”.

Frente al conocimiento de una problemática social inminente para el país, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través de la Subsecretaría de Previsión, ha solicitado el “Análisis Prospectivo de un Seguro de Dependencia para Adultos Mayores”, con el propósito de mostrar la necesidad de generar un seguro social para la dependencia en Chile y avanzar en la estimación de sus parámetros básicos y factibles, la modalidad de prestación, 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 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

Subsecretaría de Previsión Social

dependencia. Este diagnóstico incluye la forma en que el problema de la vejez y la dependencia, se está tratando hoy en 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. 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.

De acuerdo a lo analizado en diversas encuestas, es posible estimar que la población dependiente de nuestro país estaría acotada entre 76.000 personas (Ficha de Protección Social), con una estimación media de 160.000 (Encuesta Nacional de Dependencia en Personas Mayores y Encuesta de Protección Social), con un máximo de 200.000 (CASEN 2011).

Una definición más estricta respecto a la dependencia considera a aquellos adultos mayores que se encuentran postrados, con demencia avanzada, o quienes no pueden realizar alguna Actividad Básica de la Vida Diaria, y por tanto, no pueden ser dejados solos en su hogar, obteniéndose de este modo la demanda potencial del seguro. Según este criterio estricto, y usando como base la EDPM, en el país el año 2009 existían 156.889 adultos mayores con necesidad de terceros para desarrollar actividades básicas. Los dependientes severos corresponden al 12,22% de los adultos mayores, mientras que los postrados representan tan solo el 1,14%.

En general, la mayor concentración de dependientes se encuentra en los tramos de edad de 75-79 y 85 y más años. Del mismo modo se observa una prevalencia más alta en hombres en edades tempranas –hasta los 70–, para luego ser las mujeres quienes presenten una mayor proporción –especialmente para el tramo 80 y más–. De este modo, las proyecciones muestran un crecimiento sostenido en el número de dependientes hasta el año 2048, explicado en gran medida por el incremento de la población de 80 y más años. Para el año 2020 se espera un total de 246 mil adultos mayores dependientes, de los cuales 133 mil tendrán 80 o más años. Por su parte, la versión más acotada de estas cifras, derivadas de la FPS, plantea cifras un total de 75 mil dependientes para idéntico año.

Subsecretaría de Previsión Social

El estudio incluyó el análisis de la experiencia internacional, en particular la 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 miembros en 2013 contaba con ello y le dedican en promedio el 12% del total de gasto en salud, con un promedio del 1,6% del PIB. 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, sumado a las entrevistas de prospección de los posibles actores relevantes en la implementación de un sistema de protección a la dependencia, 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. 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

Subsecretaría de Previsión Social

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 7 prestaciones, de carácter universal, que incorpora un personal a nivel de Cuidadores y Profesionales, donde al dependiente se le asigna de base un cuidador estándar, al que se suma la atención de un especialista profesional definido dentro de ciertas funciones. Luego, en los casos de personas dependientes viviendo solas, se hace necesario establecer un beneficio adicional asociado a atención de necesidades del hogar.

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 en base a información demográfica, de dependencia y de rentas de oferta pública. En base al costo estimado se analizan las posibles fuentes de financiamiento.

El costo estimado para el primer año bordea los 3.096 millones de dólares en un escenario universal y 935 millones de dólares en un plano focalizado (1,04% y 0,34% del PIB). Su crecimiento depende fundamentalmente del desarrollo de la población, por lo tanto al décimo año alcanzaría los 4.514 o 1.360 millones de dólares respectivamente según escenario (0,93% y 0,28% del PIB). Esto obliga a buscar una fuente de financiamiento estable y sostenible en el tiempo. Si bien en este trabajo no se propone un mecanismo definitivo, se recomienda la base de cotizaciones por parte del trabajador activo (equitativo entre empleador y empleado), del pensionado de vejez, y transferencias de partidas públicas ya existente dirigidas a cubrir la dependencia. A lo anterior resulta clave el complemento del Estado como garante principal en función de la focalización que se aplique en la implementación.

En cualquier caso, no es posible financiar el seguro actuarialmente con las alternativas de base señaladas, por lo que sería necesario una cobertura gradual y/o un copago de los que usan el servicio –que esté en escala al ingreso y un tope máximo–. Optar por una visión de aplicación progresiva de la política, en particular en lo que respecta a situación socioeconómica y de beneficios a ofrecer, sigue la lógica de las últimas reformas en pensiones y salud (Pilar Solidario y patologías AUGÉ respectivamente). Por otra parte, se ha planteado la cobertura del grupo de dependientes a nivel estricto, protegiendo a adultos mayores a nivel severo. Con esta gradualidad, los beneficios podrán ampliarse en etapas sucesivas hacia los demás segmentos de la población, con componentes de un catálogo más extendidos y políticas de apoyo –como el fortalecimiento de 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,

Subsecretaría de Previsión Social

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.

Finalmente, se discuten aspectos asociados a la institucionalidad y la gestión del programa, teniendo claro que lo presentado y propuesto 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 y regulado por las Superintendencias de Salud y 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–.

Subsecretaría de Previsión Social

I. ANTECEDENTES

De acuerdo estudios realizados por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica y CIEDESS, la seguridad social chilena ha sido capaz de crear paulatinamente nuevos regímenes que atienden contingencias que, a través del tiempo, 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 evaluar propuestas para implementar instrumentos que protejan tanto el ingreso económico como la salud de este grupo de la población, aspectos que podrían dar paso a la formación de un “Cuarto Pilar”. Esta innovación complementaría la actual estructura del Sistema Previsional chileno.

De esta forma, se podría hacer realidad lo que diversos sectores han venido planteando en el último tiempo, cual es la idea de establecer políticas que mejoren las condiciones de vida de los adultos mayores “dependientes” a través de un Seguro Social de Protección a la Dependencia, el cual cubra el deterioro progresivo y mayores riesgos de quienes requieran el apoyo de otros para efectuar tareas de la vida cotidiana. El Objetivo de esta propuesta, de acuerdo a lo indicado en las bases de licitación, es mostrar la necesidad de generar un Seguro Social para proteger la dependencia de los adultos mayores en Chile y avanzar en la estimación de sus parámetros básicos y factibles, beneficios, costos, alternativas de financiamiento y prospección de entidades administradoras y operadoras del seguro en nuestro país.

Para la justificación de una medida de este tipo, corresponde realizar un diagnóstico de la situación de la dependencia de la vejez en Chile, actual y futura, en base a la situación y evolución demográfica, antecedentes socioeconómicos de los grupos de población objetivo, 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.

Al respecto, al analizar la evolución demográfica de nuestro país, se observa que al igual que otras naciones desarrolladas, 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

Subsecretaría de Previsión Social

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 situación 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 etario 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.

II. OBJETIVOS DE LA CONSULTORIA

Considerando los términos de referencia publicados por la Subsecretaría de Previsión Social, la Facultad de Medicina PUC y CIEDESS presentan a su consideración su propuesta de servicios para alcanzar los objetivos que ella define en las bases y que son:

A. *Objetivo General:*

- Describir las características de la dependencia en Chile considerando definiciones vigentes, tendencias demográficas y socioeconómicas.
- Sugerir posibles formas de implementar un seguro obligatorio (integrado a la Seguridad Social) de dependencia para adultos mayores en el país, considerando como referencia los estudios previos realizados en esta materia; la experiencia internacional; la institucionalidad financiera vigente; la figura de Gran Invalidez de la Ley N° 16.744; y el hecho que los beneficios sociales que se entregan según puntaje de Ficha de Protección Social, ya consideran los efectos de la dependencia.

B. *Objetivos Específicos:*

- Caracterización de la dependencia en Chile.* Sobre la base de antecedentes disponibles se debe caracterizar la dependencia, incluyendo a lo menos: distinción por género, tramos de edad, qué condición generó la dependencia, educación, ingreso, estructura familiar, ingreso del familiar, ingreso del hogar, regiones y cualquier otra dimensión que el proveedor adjudicado considere relevante para los objetivos aquí señalados. Para efectos de este análisis, y en caso de ser necesario, la Subsecretaría podría proveer acceso en forma innominada a la Ficha de Protección Social.
- Proponer un diseño para un Seguro Obligatorio de Dependencia para adultos mayores en Chile, que se integre al sistema de seguridad social.* Dicha propuesta debe considerar las características demográficas, económicas, institucionales y sociales de Chile.
 - El seguro puede tomar alguna de las siguientes formas:
 - Acceso sin costo o con copago a ciertos servicios de cuidado al dependiente provistos por proveedores calificados.
 - Voucher para contratar servicios demandados por los dependientes.
 - Suplemento monetario complementario a la pensión (de vejez o invalidez según corresponda).

Subsecretaría de Previsión Social

4. Además, el oferente podrá proponer otros diseños de seguro que le parezcan apropiados.
- b) El consultor deberá evaluar los pros y los contras de cada opción y la posibilidad práctica de implementación tomando en cuenta las condiciones demográficas, económicas, institucionales y sociales de Chile.
- c) La evaluación que haga el consultor de las distintas alternativas deberá incluir las siguientes consideraciones:
 1. Cobertura del Seguro: En este punto, se debe tomar especial consideración al hecho que en Chile existen algunas políticas que ya cubren directa e indirectamente- situaciones de dependencia. En particular la Pensión de Gran Invalidez asociada a la Ley N° 16.744 de Accidentes del Trabajo; y la Ficha de Protección Social. Además, es especialmente relevante la discusión de cuál sería la población que quedaría cubierta por el beneficio respectivo.
 2. Mecanismo de financiamiento.
 3. Administración.

III. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013), el envejecimiento de la población puede considerarse un reflejo de la mejoría de la salud de la población, lo que descansa, a su vez, en un éxito de políticas de salud pública y en el desarrollo. En efecto, el crecimiento económico permite optimizar los sistemas de cuidados de salud, nutrición y saneamiento ambiental, resultando en el aumento de la esperanza de vida. Si a esto se suma el descenso de la tasa de fecundidad, el resultado es un incremento relativo de la población de adultos mayores (AM), lo que determina el envejecimiento poblacional (Bárcena et al, 2011). Los países que primero experimentaron esta transición demográfica fueron países desarrollados como Japón, EE.UU y algunos países de Europa, pero en la actualidad el proceso se está produciendo en varios países en desarrollo, de manera que se ha transformado en un fenómeno de relevancia mundial (WHO, 2013 y Bárcena et al, 2011).

La OMS clasifica como adulto mayor (AM) a toda persona de 60 años o más que resida en un país en vías de desarrollo, o bien, de 65 años o más que habite en una región desarrollada. El número de personas con 60 años o más en todo el mundo se ha duplicado desde 1980 y se prevé que alcance los 2.000 millones de personas al año 2050 (WHO, 2013), modificando significativamente el panorama poblacional actual.

La vejez es un proceso del ciclo vital individual que implica distintos niveles de deterioro de las funciones biológicas y cognitivas (SENAMA, 2013). A medida que la población envejece, surge el problema de la dependencia (CIEDESS, 2012). Este último fenómeno, la dependencia, tiene implicancias económico-sanitarias relevantes, que obliga a los países a configurar mecanismos que permitan enfrentar sus desafíos.

Chile avanza aceleradamente hacia el envejecimiento poblacional (Rodríguez 2013 y SENAMA, 2013) y hacia un aumento de la dependencia. De los 2,2 millones de AM en Chile (INE, 2013), esto es el doble que hace 10 años, el 42,7% corresponden a hombres y 57,3% a mujeres. En general en Chile las mujeres presentan una mayor esperanza de vida al nacer viviendo más años que los hombres, aunque generalmente en deficientes condiciones de salud. Por otra parte, los niños y niñas que nacen en Chile pueden vivir actualmente más de 78 años. Para el 2050 se proyecta que todo recién nacido tendrá una esperanza de vida de 82 años. En el presente, las personas que han cumplido 60 años

Subsecretaría de Previsión Social

tienen claras posibilidades de vivir hasta los 81 años y aquellos con 65 años cumplidos pueden superar los 82 años (CIEDESS, 2012). Sin embargo, el índice de renovación ha experimentado un significativo incremento, pasando de 18,7% en 1950, a 61,7% en 2012 (INE, 2013). Así mismo según los estudios existentes, la dependencia demográfica de la vejez en 2011 fue de 24,5% mientras que en 1990 este mismo indicador fue 16,4% (INE, 2013).

El Consejo de Europa en su Libro Blanco de la Dependencia¹, define la dependencia como un “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado”.

La funcionalidad (dependencia) se reconoce como “la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente” (SENAMA, 2013), mientras que la discapacidad, se entiende como “toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad para realizar actividades, en la forma o dentro del margen, que se considera normal” (SENADIS, 2013). Tanto dependencia como discapacidad consideran la restricción en la participación social. En la actualidad 37,4% de los AM chilenos vive con una o más discapacidades, lo que resulta mayor al porcentaje observado en grupos más jóvenes. Del total nacional de personas que viven con una o más discapacidades, los AM representan el 42% (MIDESO, 2013). Respecto a dependencia, se estima que 21% de los AM chilenos está en riesgo de perder la independencia para desarrollar actividades de la vida diaria (CIEDESS, 2012). De acuerdo al Estudio de Dependencia de las Personas Mayores (EDPM), 24,1% de las personas mayores presenta dependencia funcional en cualquiera de sus grados. Dos de cada 3 personas mayores con dependencia son mujeres (SENAMA, 2009). El 25,3% de las mujeres mayores tiene dependencia comparado con el 22% de los hombres. Según la proyección realizada por este mismo estudio para el año 2025 existirán cerca de un millón de AM en Chile que requerirán de servicios y cuidados especiales por su dependencia funcional. (CIEDESS, 2012)

¹ Libro Blanco de la Dependencia, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2004

Subsecretaría de Previsión Social

En concordancia con lo anterior, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN 2011 (MIDESO, 2013), reveló que 12,5% de los AM presenta “dificultad física y/o de movilidad permanente o de larga duración”, lo que aumenta en los AM de mayor edad. Por otra parte, 17,5% y 16,6% en promedio refiere “dificultad para hacer compras o ir al médico solo, sin ayuda o compañía” y para “salir solo a la calle, sin ayuda o compañía”, respectivamente. Estos últimos porcentajes superan el 40% en los AM de mayor edad.

El sistema de seguridad social de salud chileno se caracteriza por su institucionalidad y financiamiento dual, en el que participan el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como entidad pública y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) como privada. En la población general, FONASA cubre aproximadamente al 76% de los chilenos, mientras que en el grupo de adultos mayores beneficia a cerca del 90% de estos. Los adultos mayores afiliados al sistema privado corresponden al 7% del total de AM, mientras que en la población general el porcentaje de asegurados por ISAPREs es del 17%. Al analizar esta distribución por quintiles de ingreso autónomo, se observa mayor proporción de AM afiliados a FONASA en los quintiles más pobres, mientras que más asegurados por ISAPRE en los quintiles más ricos (MIDESO, 2013). La mayor parte (38,6%) de los AM pertenece al grupo B de FONASA, seguido por el grupo A (33,4%). Estos porcentajes disminuyen a medida que aumenta el quintil de ingreso autónomo (MIDESO, 2013). Por otra parte, un estudio que relacionó patologías GES y carga de enfermedad refirió que este sistema relativamente otorga mayor beneficio a grupos de AM (MINSAL, 2013). Aun así 59,5% de los AM cataloga su estado de salud como “más o menos” y 6,4% como “malo o muy malo”, en contraste con el 22% y 1,2% respectivo reportado por el grupo de 15 a 29 años (MIDESO, 2013). Lo anterior, junto con mostrar la preocupación creciente del estado por este segmento poblacional, refleja una falencia del sistema de cuidados para el AM e invita a cuestionarse el enfoque sanitario actual.

El estado de salud de la población AM tiene un efecto importante sobre el sistema de provisión de servicios de salud, dada la mayor morbilidad crónico-degenerativa, presencia de factores de riesgo y grado de dependencia de este grupo etario (WHO, 2013; Bárcena et al, 2011; Rodríguez, 2013; SENAMA, 2013; CIEDESS, 2012). Entre los principales factores de riesgo de salud de la población de 65 años y más, destacan la alta prevalencia de sedentarismo (95,7%), riesgo cardiovascular “alto y muy alto” (83,1%) e hipertensión arterial (HTA) (78,8%). Solo un tercio de la población de 60-65 años de edad se ha realizado algún control de salud “durante el último año” en contraste con 60% de los AM

Subsecretaría de Previsión Social

de 80 años y más. La mayoría de estas consultas correspondieron a controles de enfermedad crónica y sólo 41,8% consultó por motivos de prevención (MIDESO, 2013).

En cuanto a la utilización del sistema de este grupo poblacional, el número nacional de consultas en Atención Primaria de Salud (APS) y Urgencias crece en promedio 3% anual, mientras que las de Especialidad, 2%. En la población mayor a 65 años, sin embargo, estos porcentajes crecen al doble. Para el año 2009 el 30% del gasto público en salud fue generado por AM beneficiarios del Servicio Público de Salud y el 50% de éste, era originado por hospitalizaciones. Se preveía que este gasto fuese 2,5 veces mayor el año 2020 (Superintendencia de Salud, 2013)

Finalmente las estimaciones de gasto indican que si bien en el año 2002 el gasto estimado en salud para los AM representaba el 1% del PIB, este aumentaría 17% anualmente (Superintendencia de Salud, 2006). El aumento del gasto en cuidados asociados con la estimación de AM en hogares de cuidado, aumentaría en un 13,2% anual, debiéndose un 5% de esta variación al cambio demográfico, mientras que el mayor impacto radicaría en los aumentos de los costos del servicio. Asimismo, el gasto en hospitalización también aumentaría en un 17% anual, donde el cambio demográfico representaría un 5,3% del costo total. Si se considerara un crecimiento promedio de 4% del PIB anual hasta el año 2020, el gasto total proyectado en salud de los mayores de 60 años representaría el 2,1% del PIB del año 2020 (CIEDESS, 2012). Por otra parte, otros estudios muestran que cuando en los hogares habitan adultos mayores, estos están más expuesto al gasto de bolsillo en salud catastrófico, en el sentido que les signifique una erogación muy importante de sus ingresos disponibles, como resultado de las necesidades mayores de salud y medicamentos, junto con la falta de eficacia del sistema de salud en este campo (Cid y Prieto, 2012).

De esta forma, si bien en Chile existen iniciativas en progreso dirigidas a la población adulta mayor y dependiente, estas son fragmentarias y en su mayoría aún están en fase temprana de implementación, por lo que se puede afirmar que actualmente no se cuenta con un adecuado sistema de cuidado para los AM dependientes en el país y que su necesidad es patente.

Dado lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo presentar una propuesta de seguro de protección a la dependencia en Chile, con carácter de seguro social. En

Subsecretaría de Previsión Social

particular se ha analizado la experiencia internacional con respecto a este tipo de política y a los de “Cuidados de Largo Plazo”. En este análisis se podrá comprobar que cada país tiene su propia fórmula para la entrega de este seguro, situación que no facilita el análisis al momento de estudiar las ventajas y desventajas de las distintas alternativas de entrega de beneficios, para determinar la canasta de beneficios estándar del seguro. Sin embargo, es posible extraer algunas lecciones de utilidad.

Un elemento clave para lo anterior y que permite estimar la sostenibilidad financiera de la propuesta es la estimación de la población dependiente susceptible de requerir prestaciones del seguro. Con lo anterior es posible proyectar el crecimiento y demanda potencial por prestaciones.

Por otro lado la conformación de un catálogo de prestaciones permitirá estimar el costo asociado a una política pública de protección a la dependencia, que junto con la estimación de la demanda potencial, permitirán dimensionar el requerimiento de recursos necesarios para financiar la política. Una vez definido el requerimiento de recursos será posible simular alternativas de financiamiento que hagan viable en el tiempo el seguro de protección a la dependencia.

Este informe está compuesto por dos capítulos, a saber: Capítulo I: Estimación población dependiente; y, Capítulo II: Propuesta de Seguro de Protección a la dependencia. El primero de ellos está constituido por cuatro secciones, donde en la primera de ellas se presentan brevemente las características demográficas de la población nacional, para en la sección dos analizar los conceptos de dependencia a la luz de la experiencia internacional y la literatura, para definir el concepto a aplicar en el caso chileno. En el apartado tres se caracteriza a la dependencia de acuerdo a variables como género, edad, condición de la dependencia, educación, ingreso, estructura familiar. Posteriormente en el apartado cuatro se exponen las principales conclusiones del primer capítulo.

A su vez, el Capítulo II está compuesto por cinco secciones; en la primera se realizan las estimaciones y proyecciones poblacionales tanto para los adultos mayores, como también para los potenciales beneficiarios del seguro de dependencia, junto con un análisis del impacto de la dependencia en la empleabilidad del hogar; en la sección dos se desarrolla un análisis de los seguros de dependencia en el mundo, lo cual permite contextualizar y comprender la forma de operación de estos. El apartado tres se dedica a estudiar y presentar las prestaciones existentes para la dependencia en la legislación chilena. Luego, en la sección cuatro se estudia la provisión actual de cuidados a los adultos mayores, para

finalmente, en la sección cinco, proceder a estudiar el diseño y propuesta de un sistema de protección a la dependencia en nuestro país.

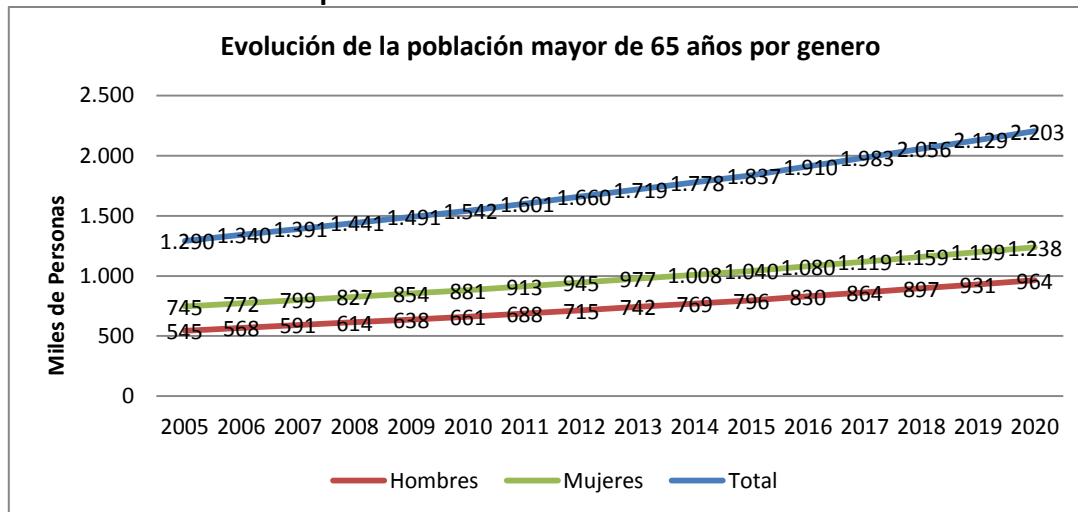
CAPÍTULO I: CARACTERIZACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN CHILE

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS ADULTOS MAYORES

De acuerdo a proyecciones realizadas por INE-CELADE, el año 2005 existían en nuestro país, 1.290.000 adultos mayores (mayores de 65 años), de los cuales un 42% eran hombres y un 58% mujeres, para el año 2013 se estima que este número habrá aumentado a un total de 1.718.000 A.M. distribuidos en un 43% hombres y 57% mujeres. En el Gráfico N° 1, se presenta la evolución de los adultos mayores para el periodo 2005 – 2020, los cuales se incrementan a lo largo del tiempo a una tasa promedio en torno al 3% anual.

En promedio, para el período 2005-2008 las mujeres son un 36% más que los hombres, no obstante, la relación es decreciente en el tiempo, ya para el período 2009-2012 la proporción disminuye a un 33%; para llegar a un 29% el periodo 2017-2020. De lo anterior se puede concluir que si bien las mujeres superan ampliamente a los hombres en número, dicha relación es cada vez más estrecha.

Gráfico N° 1: Evolución población A.M 2005 – 2020



Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a proyecciones INE – CELADE

Subsecretaría de Previsión Social

Respecto a la distribución y evolución regional de la población A.M. para el periodo 2010 – 2020 Cuadro N° 1, se observa que el 63% de esta se concentra en las Regiones de Valparaíso, Metropolitana y del Bío Bío, por otro lado para el mismo periodo de tiempo entre la primera y cuarta región se mantiene estable la participación de un 11% del total de adultos mayores.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 1: Proyección A.M. regional 2010 – 2020

Región	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
De Arica y Parinacota	18.684	19.336	19.976	20.620	21.266	21.914	22.585	23.271	23.949	24.630	25.311
% crecimiento	4,05%	3,49%	3,31%	3,22%	3,13%	3,05%	3,06%	3,04%	2,91%	2,84%	2,76%
% de total	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
De Tarapacá	19.677	20.802	21.935	23.065	24.199	25.325	27.044	28.751	30.467	32.176	33.887
% crecimiento	4,50%	5,72%	5,45%	5,15%	4,92%	4,65%	6,79%	6,31%	5,97%	5,61%	5,32%
% de total	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
De Antofagasta	36.157	37.607	39.053	40.498	41.946	43.392	45.365	47.336	49.308	51.281	53.252
% crecimiento	3,20%	4,01%	3,85%	3,70%	3,58%	3,45%	4,55%	4,34%	4,17%	4,00%	3,84%
% de total	2%	2%	2%	2%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
De Atacama	22.278	23.137	23.995	24.858	25.715	26.576	27.708	28.848	29.984	31.121	32.254
% crecimiento	3,27%	3,86%	3,71%	3,60%	3,45%	3,35%	4,26%	4,11%	3,94%	3,79%	3,64%
% de total	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
De Coquimbo	68.341	71.392	74.448	77.501	80.549	83.605	87.748	91.890	96.033	100.178	104.321
% crecimiento	3,77%	4,46%	4,28%	4,10%	3,93%	3,79%	4,96%	4,72%	4,51%	4,32%	4,14%
% de total	4%	4%	4%	5%	5%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
De Valparaíso	187.632	194.528	201.424	208.319	215.215	222.114	230.945	239.776	248.609	257.443	266.271
% crecimiento	3,23%	3,68%	3,54%	3,42%	3,31%	3,21%	3,98%	3,82%	3,68%	3,55%	3,43%
% de total	12%	12%	12%	12%	12%	12%	0%	0%	0%	0%	0%
Metropolitana de Santiago	604.141	627.217	650.285	673.360	696.435	719.519	746.625	773.732	800.835	827.949	855.054
% crecimiento	3,47%	3,82%	3,68%	3,55%	3,43%	3,31%	3,77%	3,63%	3,50%	3,39%	3,27%
% de total	39%	39%	39%	39%	39%	39%	0%	0%	0%	0%	0%
Del Libertador B. O'Higgins	80.471	84.019	87.573	91.124	94.675	98.223	102.689	107.151	111.621	116.082	120.547
% crecimiento	3,64%	4,41%	4,23%	4,05%	3,90%	3,75%	4,55%	4,35%	4,17%	4,00%	3,85%
% de total	5%	5%	5%	5%	5%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
Del Maule	93.244	97.045	100.840	104.640	108.440	112.237	117.016	121.794	126.572	131.349	136.128
% crecimiento	3,31%	4,08%	3,91%	3,77%	3,63%	3,50%	4,26%	4,08%	3,92%	3,77%	3,64%
% de total	6%	6%	6%	6%	6%	6%	0%	0%	0%	0%	0%
Del BíoBío	187.272	194.249	201.227	208.206	215.182	222.159	230.783	239.402	248.026	256.648	265.274
% crecimiento	3,30%	3,73%	3,59%	3,47%	3,35%	3,24%	3,88%	3,73%	3,60%	3,48%	3,36%
% de total	12%	12%	12%	12%	12%	12%	0%	0%	0%	0%	0%
De La Araucanía	93.729	96.788	99.857	102.919	105.982	109.041	113.038	117.041	121.041	125.040	129.039
% crecimiento	2,89%	3,26%	3,17%	3,07%	2,98%	2,89%	3,67%	3,54%	3,42%	3,30%	3,20%
% de total	6%	6%	6%	6%	6%	6%	0%	0%	0%	0%	0%

Subsecretaría de Previsión Social

Región	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
De Los Rios	37.701	38.907	40.126	41.361	42.571	43.780	45.309	46.845	48.392	49.915	51.439
<i>% crecimiento</i>	<i>2,86%</i>	<i>3,20%</i>	<i>3,13%</i>	<i>3,08%</i>	<i>2,93%</i>	<i>2,84%</i>	<i>3,49%</i>	<i>3,39%</i>	<i>3,30%</i>	<i>3,15%</i>	<i>3,05%</i>
<i>% de total</i>	<i>2%</i>	<i>2%</i>	<i>2%</i>	<i>2%</i>	<i>2%</i>	<i>2%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
De Los Lagos	71.415	73.983	76.537	79.074	81.637	84.197	87.463	90.720	93.966	97.238	100.504
<i>% crecimiento</i>	<i>3,17%</i>	<i>3,60%</i>	<i>3,45%</i>	<i>3,31%</i>	<i>3,24%</i>	<i>3,14%</i>	<i>3,88%</i>	<i>3,72%</i>	<i>3,58%</i>	<i>3,48%</i>	<i>3,36%</i>
<i>% de total</i>	<i>5%</i>	<i>5%</i>	<i>5%</i>	<i>5%</i>	<i>5%</i>	<i>5%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
De Aisén del Gral. C. Ibáñez del Campo	7.252	7.549	7.849	8.145	8.444	8.740	9.174	9.612	10.044	10.476	10.916
<i>% crecimiento</i>	<i>3,70%</i>	<i>4,10%</i>	<i>3,97%</i>	<i>3,77%</i>	<i>3,67%</i>	<i>3,51%</i>	<i>4,97%</i>	<i>4,77%</i>	<i>4,49%</i>	<i>4,30%</i>	<i>4,20%</i>
<i>% de total</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
De Magallanes y de la Antártica Chilena	13.765	14.155	14.545	14.936	15.326	15.716	16.249	16.777	17.304	17.829	18.362
<i>% crecimiento</i>	<i>2,47%</i>	<i>2,83%</i>	<i>2,76%</i>	<i>2,69%</i>	<i>2,61%</i>	<i>2,54%</i>	<i>3,39%</i>	<i>3,25%</i>	<i>3,14%</i>	<i>3,03%</i>	<i>2,99%</i>
<i>% de total</i>	<i>1%</i>	<i>1%</i>	<i>1%</i>	<i>1%</i>	<i>1%</i>	<i>1%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
<i>Nacional</i>	<i>1.541.759</i>	<i>1.600.714</i>	<i>1.659.670</i>	<i>1.718.626</i>	<i>1.777.582</i>	<i>1.836.538</i>	<i>1.909.741</i>	<i>1.982.946</i>	<i>2.056.151</i>	<i>2.129.355</i>	<i>2.202.559</i>
<i>% crecimiento</i>	<i>3,37%</i>	<i>3,82%</i>	<i>3,68%</i>	<i>3,55%</i>	<i>3,43%</i>	<i>3,32%</i>	<i>3,99%</i>	<i>3,83%</i>	<i>3,69%</i>	<i>3,56%</i>	<i>3,44%</i>

2. DEPENDENCIA

A pesar de que 25 países de la OECD informan gastos en seguros de largo plazo, sólo 12-13 países tienen un sistema de dependencia formalmente organizado como tal. Lo anterior implica que el “benchmark” que se pueda generar está limitado a este conjunto de países, que además tiene la complicación de ser muy diverso en cuanto a estructura, financiamiento, beneficios y funcionamiento. Hay que considerar, además, que se trata en su inmensa mayoría de países europeos con Estados de Bienestar consolidados.

No obstante lo anterior, en torno al concepto de dependencia es posible derivar un análisis útil, comenzando por definir dos de ellos sumamente relevantes, a saber: las Personas dependientes y las Personas dependientes beneficiarias.

2.1. Personas Dependientes:

En general existe consenso en la literatura que la dependencia no es un Estado, sino que es un continuum, que abarca desde la autonomía a la dependencia total y que es un fenómeno de carácter permanente. Por otra parte, su origen es físico, por enfermedad o discapacidad, lo que incluye la discapacidad mental. De esta forma, en la literatura, la dependencia se relaciona con la necesidad de ayuda para realizar Actividades de la Vida Diaria (ADL`s), esto es:

- Actividades básica de la vida diaria (ADL`s)
- Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL`s)

Que a su vez tiene dos vertientes:

- Una médica asociada a la alteración de la salud
- Una social referida a la incapacidad de inserción en la vida social

Por ejemplo, la OECD, la Unión Europea y España, han formulado definiciones como las siguientes:

Subsecretaría de Previsión Social

- “...personas que son dependientes de ayuda con sus actividades básicas de la vida diaria por un periodo extenso de tiempo”² (OECD 2005, Long-term Care for Older People, Paris: OECD)
- “Dependencia es el estado en el cual la persona carece, o ha perdido autonomía física, psicológica o intelectual, requiriendo asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades del día a día. La dependencia puede afectar a cualquier persona, no siendo exclusiva de los mayores. No obstante lo anterior, la dependencia tiende a incrementarse con la edad, está caracterizada por la frecuencia asociada a múltiples problemas de salud, no siendo la edad un criterio para este estado”³ (Committee of Ministers. EU. Recommendation 98 -1).
- La dependencia es... "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Ley N° 39/2006, de 14 de diciembre, del Reino de España)

2.2. Personas Beneficiarias:

Cuando se trata el tema de las personas dependientes beneficiarias por su puesto se asume que ellas serán objeto de la acción del Estado para beneficiarlas, en cuyo caso comienza a ser relevante los objetivos de la política, la cobertura deseada versus los medios disponibles.

En los países con Estado de Bienestar consolidado, el sistema de cuidados de largo plazo para la dependencia se entiende como un pilar más de la seguridad y protección social, por lo tanto universal y de este modo, los servicios se entranan en la red de servicios sociales y servicios de salud. No obstante, en los casos en que el desarrollo de los Estados de Bienestar son inconclusos, se establecen parámetros y focalizaciones. Respecto de esto último cabe consignar que aún en estos casos, existen ciertas prevenciones como las siguientes:

² Traducción libre

³ Traducción libre

Subsecretaría de Previsión Social

a) El nivel de ingreso no debería ser un parámetro para definir a las personas beneficiarias, dado que implicaría probablemente definir un umbral para cada grado de dependencia. Por ejemplo, cabe hacerse la pregunta de a quién beneficiar en esos casos complejos:

- Una persona con \$500.000/mes y dependencia grado 100 o
- Una persona con \$100.000/mes y dependencia grado 40

Se ingresaría entonces a una zona de juicio subjetivo y poco racional de buscar el trade-off entre ingreso (variable lineal) y grado de severidad o coste de servicios (variable logística). La alternativa que si es reconocida entonces es la posibilidad de definir co-pagos y esto requiere un tratamiento específico (siguiente informe).

Por otra parte, sólo existe alguna evidencia de diferenciación positiva, en el caso de Italia, respecto a que una persona que trabaja es beneficiaria con un menor grado de dependencia que una persona que está inactiva (que en principio tiene menos ingresos).

b) Que la edad sea un parámetro para definir personas beneficiarias, es discutible y debe ser analizado.

En efecto, cabría preguntarse ¿Con qué edad se es beneficiario? Por ejemplo, en el caso de tener que elegir entre las siguientes alternativas:

- Una persona de 50 años con dependencia 100 (con 100 como máximo)
- Una persona con 78 años y dependencia 60

Ciertamente, se sabe que la tasa de dependencia se incrementa exponencialmente con la edad y que la mayoría de los beneficiarios tendrá más de 65 años. Pero no necesariamente esto debe ser una definición ex - ante. Si así fuese, sería lo mismo que excluir a los hombres porque a cualquier edad se tienen tasas de dependencia menores que las mujeres.

No obstante lo anterior, algunos países consideran la edad para la definición de los beneficiarios del sistema. En el caso de Malta se define para los mayores de 60 años, pero deja la puerta abierta a los casos que “por necesidades” tengan que ingresar. De esta manera aún en estos casos, en la práctica se incluye a personas de menos edad, que en todo caso, no suelen ser muchos. Por otra parte, España mantiene una cláusula de edad, pero en sentido positivo y se refiere a que los menores de 3 años tienen una atención especializada distinta a la de los adultos.

Subsecretaría de Previsión Social

c) La definición de dependientes beneficiarios debería basarse en criterios de severidad.

La discusión anterior conlleva a que el criterio óptimo de definición de las personas dependientes y beneficiarias de los sistemas, debe considerar el nivel de dependencia. Para ello se usan varios criterios, como por ejemplo:

- Limitaciones para más de una Actividad de la Vida Diaria (AVD) durante al menos seis meses. Usada en la encuesta europea SHARE. (EU 2009. Ageing Report)
- Personas que necesitan ayuda para al menos una ABVD/día (España).
- Personas que necesiten más de 60hrs/mes por al menos 6 meses (Austria)
- Necesidad de ayuda para ABVD (Bélgica)
- Para más de 3 sobre 7 tareas básicas (Rep. Checa)
- Ayuda de al menos 90 min/día, dos o más AVD (Alemania)

2.3. Escalas de Medición:

Dado lo señalado en el punto anterior los sistemas de seguros de largo plazo para la dependencia se remiten a escalas de medición de la dependencia con el objeto de fijar los parámetros y niveles de inclusión a los programas.

En la mayoría de estas escalas lo que se hace es ordenar a los dependientes en una gradiente de dependencia y se definen grados de dependencia. Luego, en general, los países ricos toman esto como necesidad social, cubren los servicios, estiman el costo y se establecen el financiamiento. Los menos ricos hacen lo mismo pero se ven en la obligación de cortar la escala en algún punto, según cuánto están dispuestos a gastar. Esto último implica focalizar la asistencia en los más perjudicados, lo que conlleva un problema que puede tener efectos nocivos en el largo plazo, incluso en el financiamiento que se ha querido evitar, y es el hecho que no ingresan al sistema aquellos que están poco más abajo del límite en un primer momento, pero luego probablemente lo hagan con un deterioro mucho más significativo. No obstante, este es un riesgo que suele correrse en estos casos.

Las escalas más utilizadas a nivel internacional son las siguientes:

- Índice de Katz. Es una Escala categórica con 7 grados de dependencia que evalúa 6 tipos de actividades. Estos van desde A (independiente) a G (dependiente en las seis actividades evaluadas).

Subsecretaría de Previsión Social

- Índice de Barthel. Es una Escala continua de cien puntos. Esto es, va desde 0 que significa absoluta independencia a 100 que indica dependencia en 8 de 11 actividades de la vida diaria definidas.

En base a estas y otras definiciones, los países escogen formas de clasificación que suelen ser diversas. Algunos ejemplos de ellas son los siguientes:

- Baremo alemán. Categoriza en cuatro niveles:
 - No dependiente (sin beneficios)
 - Nivel 1 de dependencia. A quienes se le otorga beneficios de al menos 90 min/día de cuidados de los que la mitad deben estar destinados a tres actividades básicas definidas: aseo, alimentación y movilidad,
 - Nivel 2 al menos tres veces al día en distintas horas con una duración mínima de 3 horas, en dos cuidados básicos (aseo, alimentación y movilidad)
 - Nivel 3, con beneficios de más de 5 hrs/día de cuidado de las que 4 deben estar destinadas a esas mismas AVD.
- Baremo francés: Categoriza en siete niveles:
 - No dependiente, (sin beneficios)
 - GIR1, (sin beneficios)
 - GIR2, (sin beneficios)
 - GIR3,
 - GIR4,
 - GIR5,
 - GIR6.
- Baremo español: Escala de 0 a 100 puntos que se categoriza en cuatro categorías:
 - No dependiente (sin beneficios)
 - Dependiente Moderado (25 a 49 puntos),
 - Dependiente Severo y
 - Gran Dependiente (75 o más puntos)
- Baremo austriaco: Define Ocho categorías
 - Cat 1. Se otorga entonces beneficios de más de 60 hrs/mes de cuidado
 - Cat 2, Cat 3, Cat 4 y Cat 5 (que van aumentando las horas necesarias de cuidado)
 - Cat 8. Con más de 180hrs/mes de cuidado y mayor gravedad de la dependencia

Subsecretaría de Previsión Social

- Cat 9. Más de 180hrs/mes de cuidado e inmovilidad.

De acuerdo a este análisis la definición que se señala a continuación ha considerado la necesidad de ser lo más amplia posible en cuanto a beneficiarios en el contexto chileno, teniendo en cuenta los costos de atención de todos ellos, que habrá que calcular lo que a su vez podría hacer variar dichas definiciones (siguiente informe). Para ello deberán evaluarse distintos escenarios de acuerdo a las opciones de financiamiento y la evolución esperada de la dependencia beneficiaria.

2.4. Definición a utilizar en el estudio

Según la definición del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales (1998) de España, en su libro blanco, ha definido que la dependencia es “Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado”.

De acuerdo a lo expuesto en el punto anterior y por estimaciones realizadas en el estudio “Diseño de un Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile” (CIEDESS, 2012), se ha considerado adecuado utilizar dos definiciones de dependencia, una de ellas es la utilizada por SENAMA⁴ en lo referido a dependencia severa, y otra definición más estricta la cual solo considerará a aquellos AM que se encuentran postrados, con demencia avanzada, o cuando no pueden realizar alguna Actividad Básica de la Vida Diaria, y por tanto no pueden ser dejados solos en su hogar. Lo anterior tiene como objetivo entregar información respecto a la demanda potencial del seguro considerando distintos niveles de acceso al beneficio.

En términos de métricas objetivas para la medición de dependencia se ha decidido utilizar el índice de Katz para determinar la dependencia, dejando de lado en la determinación de dependencia la escala de Lawton (Actividades instrumentales de la vida diaria). Ambas escalas están disponibles en el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. En lo referido a la evaluación mental del adulto mayor, como se dijo anteriormente se considerará dependiente a aquellos que se han definido como dementes avanzados.

⁴ Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores, 2010. Mandante: SENAMA, Ejecutor: Centro de Microdatos e INTA Universidad de Chile

Subsecretaría de Previsión Social

El índice de Katz es un instrumento de validez comprobada y fiable, eficaz en la identificación de personas con altos grados de dependencia, siendo uno de los índices más utilizados y aprobados. Esta escala considera seis funciones sociobiológicas que abarcan: Bañarse, Vestirse, Ir al baño, Desplazarse, Continencia y Alimentación.

3. CARACTERIZACIÓN DEPENDENCIA

En la presente sección se caracterizará la dependencia en Chile, tomando las encuestas realizadas por Senama, Ministerio de Salud y la Subsecretaria de Previsión Social (EPS), Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), y la Ficha de Protección Social.

Las encuestas analizadas en la presente sección son:

- Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (EDPM), 2010.
Mandante: SENAMA, Ejecutor: Centro de Microdatos e INTA Universidad de Chile
- Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (ENS). Mandante: Ministerio de Salud;
Ejecutor: Pontificia Universidad Católica, Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado
- Encuesta de Protección Social, 2009 (EPS). Mandante: Subsecretaria de Previsión Social. Ejecutor: Centro de Microdatos Universidad de Chile.
- Encuesta: Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2009 y 2011.
Mandante: Ministerio de Desarrollo Social. Ejecutor: Centro de Microdatos Universidad de Chile, Ministerio Desarrollo Social., Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado (2009)
Ficha de Protección Social (FPS), Ministerio de Desarrollo Social

De las encuestas antes mencionadas solo la EDPM está diseñada para evaluar la dependencia de sus entrevistados, por lo se han tenido que utilizar aproximaciones y definiciones ad hoc a las preguntas realizadas por cada una de las encuestas, según criterio experto, con el objetivo de generar una proxy de dependencia con cada una de las encuestas. En el Cuadro N° 2, se presentan las variables empleadas para determinar la dependencia según encuesta utilizada.

Cuadro N° 2: Variables empleadas para la determinación de dependencia

Identificadores de dependencia	CASEN 2011	EPS 2009	EDPM 2009	FPS
<i>Primero</i>	s39a. ¿Puede usted bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?	f16_06. Necesidad de tercero y/o dificultad para comer.	Encontrarse postrado.	Dado por un factor de dependencia igual a 2,3774 que indica dependencia severa.
<i>Segundo</i>	s39b. ¿Puede usted moverse/desplazarse solo(a) dentro de la casa?	f16_07. Necesidad de tercero y/o dificultad para salir de su cama.	No ser capaz de: - Cruzar un cuarto o habitación caminando - Vestirse - Comer solo - Acostarse o levantarse de la cama - Usar el servicio sanitario	
<i>Tercero</i>		e117. ¿Ha solicitado usted la calificación de invalidez por accidente o enfermedad?	Un puntaje en MMSE modificado menor a 13 y un puntaje en cuestionario de Pfeiffer menor o igual a 5	

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas seleccionadas para estimar la población dependiente tienen como eje común en las encuestas CASEN, EDPM y EPS, la identificación de actividades básicas de la vida diaria que pueden realizar los A.M., que permiten determinar la posibilidad de levantarse de la cama y alimentarse por sí solo, lamentablemente dadas las características de la FPS no es posible entrar en mayor detalle en la metodología del cálculo de la población severa, sino que más bien en el caso de este instrumento se asume la característica indicada por la encuesta. Producto de lo anterior, los resultados de la Ficha de Protección Social no son comparables con los obtenidos por las otras encuestas.

Subsecretaría de Previsión Social

Para las estimaciones de población dependiente en las encuestas analizadas, se ha definido como grupo objetivo aquellos que poseen la condición de dependencia en un estado permanente, es decir se ha depurado la información excluyendo todas aquellas condiciones de dependencia que son recuperables en el tiempo.

3.1. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores:

Para analizar la dependencia de los adultos mayores según la encuesta antes indicada se ha realizado el análisis bajo la definición de dependencia severa establecida en Senama 2010, la cual hemos denominada como “Criterio Amplio”; junto con el análisis desde una definición más estricta denominado “Criterio Estricto” que es la que se ha adoptado para los propósitos del presente estudio.

a) Dependientes

En el Cuadro N° 3, es posible observar que según el criterio estricto en el país el año 2009, existían 156.889 Adultos mayores dependientes, los cuales al analizarlos bajo un criterio amplio aumentan a 215.475 adultos mayores. Los dependientes severos (criterio estricto), como se puede observar en el Cuadro N° 4, representan el 12,22% de los adultos mayores.

Cuadro N° 3: Dependientes criterio amplio v/s estricto

<i>Dependientes severos estrictos</i>	<i>Niveles dependencia EDPM</i>			<i>Total</i>
	<i>Independientes</i>	<i>Dependencia leve</i>	<i>Dependencia severa</i>	
<i>No</i>	962.496	106.229	58.586	1.127.311
<i>Sí</i>	0	0	156.889	156.889
<i>Total</i>	962.496	106.229	215.475	1.284.200

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 4: Dependientes severos criterio estricto

<i>Dependiente</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>No</i>	1.127.311	87,78
<i>Sí</i>	156.889	12,22
<i>Total</i>	1.284.200	100

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Los adultos mayores dependientes postrados, Cuadro N° 5, representan tan solo el 1,14% del total de esa población, representando a un 9,32% de los dependientes estrictos y un 6,79% según el criterio amplio.

Cuadro N° 5: Personas Mayores Postradas

<i>Postrado</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>No</i>	1.269.579	98,86
<i>Sí</i>	14.621	1,14
<i>Total</i>	1.284.200	100

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

b) Distribución por género

En lo relativo a la distribución por género, es posible inferir del Cuadro N° 6 y Cuadro N° 7 que de los adultos mayores dependientes según el criterio estricto, un 4% corresponde a hombres y un 8% a mujeres, comparado con un 6% y 11% respectivamente al analizar bajo el criterio amplio.

Cuadro N° 6: Dependientes severos estrictos, por género

<i>Dependientes Criterio Estricto</i>	<i>Dependientes</i>		<i>Total</i>	<i>Dependientes</i>		<i>Total</i>
	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	
<i>No</i>	411.323	715.988	1.127.311	89,5%	86,8%	87,8%
<i>Sí</i>	48.245	108.645	156.889	10,5%	13,2%	12,2%
<i>Total</i>	459.568	824.633	1.284.200	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 7: Dependientes severos amplio 2009, por género

<i>Dependenci a Criterio Amplio</i>	<i>Dependientes</i>		<i>Total</i>	<i>Dependientes</i>		<i>Total</i>
	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	
<i>No</i>	387.814	680.911	1.068.726	84,4%	82,6%	83,2%
<i>Sí</i>	71.753	143.722	215.475	15,6%	17,4%	16,8%
<i>Total</i>	459.568	824.633	1.284.200	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

c) Distribución por Edad

Al analizar la distribución de dependientes por tramo de edad, Cuadro N° 8 y Cuadro N° 9 es posible observar que independiente del criterio de análisis estudiado la mayor concentración de dependientes se encuentra sobre los 80 años de edad. Al estudiar la población bajo dos definiciones distintas de dependencia, es posible concluir que el crecimiento de la población dependiente crece a menor tasa en el criterio estricto versus el amplio.

Cuadro N° 8: Dependientes severos criterio estricto, por edad

<i>Dependientes severos criterio estricto</i>						
<i>Edad</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
65-69	352.216	93,1%	25.924	6,9%	378.141	29,4%
70-74	336.919	93,9%	21.992	6,1%	358.911	27,9%
75-79	273.866	88,3%	36.163	11,7%	310.029	24,1%
80-84	96.830	74,8%	32.614	25,2%	129.444	10,1%
85 y más	67.480	62,7%	40.196	37,3%	107.676	8,4%
Total	1.127.311	87,8%	156.889	12,2%	1.284.200	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 9: Dependientes severos criterio amplio, por edad

<i>Dependientes severos criterio amplio 2009</i>						
<i>Edad</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
65-69	346.353	91,6%	31.788	8,4%	378.141	29,4%
70-74	326.408	90,9%	32.503	9,1%	358.911	27,9%
75-79	253.913	81,9%	56.116	18,1%	310.029	24,1%
80-84	85.506	66,1%	43.938	33,9%	129.444	10,1%
85 y más	56.546	52,5%	51.129	47,5%	107.676	8,4%
Total	1.068.725	83,2%	215.475	16,8%	1.284.200	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

d) Composición Grupo Familiar

En el Cuadro N° 10 y Cuadro N° 11, se presenta la distribución del grupo familiar según criterio de dependencia (estricto y amplio respectivamente), donde independiente del tipo de definición que se utilice, se obtiene que alrededor del 83% de los hogares con un

Subsecretaría de Previsión Social

adulto mayor dependiente están conformados por un grupo de cinco personas incluyendo al dependiente.

Cuadro N° 10: Composición grupo familiar incluido dependiente

<i>Dependientes severos criterio estricto</i>						
<i>Personas</i>	<i>Número por categoría</i>			<i>% por categoría</i>		
	<i>Independientes</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Total</i>	<i>Independientes</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Total</i>
1	191.992	12.464	204.456	17%	8%	16%
2	336.490	43.882	380.372	30%	28%	30%
3	192.909	28.263	221.171	17%	18%	17%
4	137.484	19.676	157.160	12%	13%	12%
5	113.066	26.077	139.143	10%	17%	11%
6	73.996	15.227	89.223	7%	10%	7%
7	44.644	5.452	50.096	4%	3%	4%
8	16.289	4.104	20.393	1%	3%	2%
9	13.364	1.187	14.551	1%	1%	1%
10	4.752	0	4.752	0%	0%	0%
11	1.163	415	1.578	0%	0%	0%
12	767	0	767	0%	0%	0%
13	0	141	141	0%	0%	0%
14	230	0	230	0%	0%	0%
15	166	0	166	0%	0%	0%
Total	1.127.311	156.889	1.284.200	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 11: Composición grupo familiar incluido dependiente

<i>Dependientes severos criterio amplio</i>						
<i>Personas</i>	<i>Número por categoría</i>	<i>% por categoría</i>	<i>Personas</i>	<i>Número por categoría</i>	<i>% por categoría</i>	<i>Personas</i>
<i>Personas</i>	<i>Independientes</i>	<i>Dependiente s</i>	<i>Personas</i>	<i>Independient es</i>	<i>Dependiente s</i>	<i>Personas</i>
1	182.196	22.260	204.456	17%	10%	16%
2	323.481	56.891	380.372	30%	26%	30%
3	182.470	38.701	221.171	17%	18%	17%
4	129.996	27.164	157.160	12%	13%	12%
5	105.656	33.487	139.143	10%	16%	11%
6	70.148	19.076	89.223	7%	9%	7%
7	42.618	7.478	50.096	4%	3%	4%
8	13.594	6.799	20.393	1%	3%	2%
9	11.803	2.749	14.551	1%	1%	1%
10	4.438	314	4.752	0%	0%	0%
11	1.163	415	1.578	0%	0%	0%
12	767	0	767	0%	0%	0%

Subsecretaría de Previsión Social

<i>Dependientes severos criterio amplio</i>						
<i>Personas</i>	<i>Número por categoría</i>	<i>% por categoría</i>	<i>Personas</i>	<i>Número por categoría</i>	<i>% por categoría</i>	<i>Personas</i>
<i>Personas</i>	<i>Independientes</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Personas</i>	<i>Independientes</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Personas</i>
13	0	141	141	0%	0%	0%
14	230	0	230	0%	0%	0%
15	166	0	166	0%	0%	0%
Total	1.068.726	215.475	1.284.200	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

e) Nivel Educacional

En lo referido al nivel educacional, Cuadro N° 12 y Cuadro N° 13, considerando las características socioculturales de la población bajo análisis, no es sorpresa que su nivel educacional para casi el 70% de los dependientes, sin importar criterio de selección, es como máximo Humanidades.

El bajo nivel educacional no es una característica exclusiva de la población dependiente, ya que al analizar el caso de los no dependientes tenemos que un 80% de ellos llegó hasta humanidades, sin embargo existe tan solo un 6% de ellos que no recibió ningún tipo de educación, lo que contrasta con el grupo importante de los dependientes cercano al 17% carece de educación formal, porcentaje que cae a un 8% al analizarlo sobre el total de adultos mayores.

Cuadro N° 12: Dependientes severos criterio estricto, por nivel educacional

<i>Nivel educacional</i>	<i>Dependientes severos criterio estricto</i>					
	<i>No</i>		<i>Sí</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Preparatoria (sistema antiguo)</i>	502.610	45%	71.872	48%	574.481	46%
<i>Educación básica</i>	130.307	12%	14.893	10%	145.200	12%
<i>Educación especial (diferencial)</i>	1.106	0%	0	0%	1.106	0%
<i>Humanidades (sistema antiguo)</i>	255.480	23%	14.983	10%	270.463	22%
<i>Educación media científico-humanista</i>	26.641	2%	1.101	1%	27.741	2%
<i>Técnica, comercial, industrial o normalista (sistema antiguo)</i>	28.582	3%	272	0%	28.855	2%
<i>Educación media técnico-profesional</i>	8.983	1%	177	0%	9.160	1%
<i>Centro de formación técnica incompleta (sin título)</i>	571	0%	0	0%	571	0%
<i>Centro de formación técnica completa (con título)</i>	2.114	0%	0	0%	2.114	0%
<i>Instituto profesional incompleta (sin</i>	1.080	0%	0	0%	1.080	0%

Subsecretaría de Previsión Social

Nivel educacional	Dependientes severos criterio estricto					
	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
título)						
Instituto profesional completa (con título)	4.945	0%	0	0%	4.945	0%
Educación universitaria incompleta (sin título)	6.992	1%	2.696	2%	9.687	1%
Educación universitaria completa (con título)	21.300	2%	4.668	3%	25.967	2%
Universitaria de posgrado	3.448	0%	0	0%	3.448	0%
Ninguno	70.995	6%	25.432	17%	96.427	8%
No sabe	5.797	1%	8.919	6%	14.716	1%
No responde	34.807	3%	3.936	3%	38.744	3%
Total	1.105.757	100%	148.948	100%	1.254.706	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 13: Dependientes severos criterio amplio, según nivel educacional

Nivel educacional	Dependientes severos criterio amplio 2009					
	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Preparatoria (sistema antiguo)	479.360	46%	95.121	46%	574.481	46%
Educación básica	120.367	11%	24.833	12%	145.200	12%
Educación especial (diferencial)	1.106	0%	0	0%	1.106	0%
Humanidades (sistema antiguo)	246.907	24%	23.556	11%	270.463	22%
Educación media científico-humanista	26.641	3%	1.101	1%	27.741	2%
Técnica, comercial, industrial o normalista (sistema antiguo)	27.723	3%	1.132	1%	28.855	2%
Educación media técnico-profesional	8.983	1%	177	0%	9.160	1%
Centro de formación técnica incompleta (sin título)	571	0%	0	0%	571	0%
Centro de formación técnica completa (con título)	2.114	0%	0	0%	2.114	0%
Instituto profesional incompleta (sin título)	1.080	0%	0	0%	1.080	0%
Instituto profesional completa (con título)	4.772	0%	173	0%	4.945	0%
Educación universitaria incompleta (sin título)	6.826	1%	2.861	1%	9.687	1%
Educación universitaria completa (con título)	19.738	2%	6.229	3%	25.967	2%
Universitaria de posgrado	3.448	0%	0	0%	3.448	0%
Ninguno	64.910	6%	31.516	15%	96.427	8%

Subsecretaría de Previsión Social

Nivel educacional	Dependientes severos criterio amplio 2009					
	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No sabe	4.435	0%	10.282	5%	14.716	1%
No responde	30.887	3%	7.857	4%	38.744	3%
Total	1.049.867	100%	204.839	100%	1.254.706	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

f) Ingresos

Al analizar los ingresos de los A.M. dependientes, Cuadro N° 14 y Cuadro N° 15, cerca de un 80% de ellos posee un ingreso inferior a \$200.000, independiente del criterio utilizado, sin embargo al verificar por este último factor, un 49% de los dependientes según el criterio estricto vive con un ingreso menor a \$100.000, en cambio bajo el criterio amplio esta cifra cae a un 44%. Para el caso de los A.M. no dependientes tenemos que el 70% de ellos vive con un ingreso menor a \$200.00 mensual; y el 37% de ellos lo hace con menos de \$100.000 al mes.

Considerando un ingreso mayor a \$500.000, para el grupo de dependientes estricto menos del 1% de ellos se encuentra en este grupo, en cambio al ampliar el criterio encontramos que el 2% logra este ingreso; para el caso de los no dependientes este porcentaje se eleva a un 4% independiente del criterio utilizado.

Una manera de estimar el ingreso disponible de los integrantes del hogar, y por ende la disposición a gastar en bienes y servicios es por medio del ingreso per cápita de sus integrantes, Cuadro N° 16 y Cuadro N° 17, obteniendo de esta forma que más del 98% y 96% según criterio (estricto, amplio) tiene un ingreso per cápita menor a \$200.000, sin embargo esta cifra al descomponerla por ingresos menores a \$100.000, el 65% de los dependientes se encuentra en este grupo, situación que demuestra la vulnerabilidad económica de este grupo para poder hacer frente a grandes gastos en materia de salud.

La situación descrita para el A.M. dependiente no es muy diferente a la del no dependiente, donde el 88% o 87% según criterio (estricto o amplio) vive con un ingreso inferior a los \$200.000 per cápita al mes. Al analizar el tramo de ingresos per cápita de menos de \$100.000 al mes encontramos a un 62% de los A.M.; por el contrario aquellos que viven con un monto superior a los 500 mil son un 1% (versus 0% de los dependientes) independiente de la definición de dependencia.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 14: Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso

<i>Dependientes severos criterio estricto</i>						
<i>Ingreso (M\$)</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>
<i>Menos de 100</i>	462.682	37%	17.417	49%	480.098	38%
<i>100 - 199</i>	419.563	34%	11.210	32%	430.773	34%
<i>200 - 299</i>	180.707	15%	892	3%	181.599	14%
<i>300 - 399</i>	81.441	7%	5.570	16%	87.011	7%
<i>400 - 499</i>	40.177	3%	0	0%	40.177	3%
<i>500 - 599</i>	19.430	2%	208	1%	19.638	2%
<i>600 - 699</i>	9.237	1%	0	0%	9.237	1%
<i>700 - 799</i>	11.873	1%	0	0%	11.873	1%
<i>800 - 899</i>	3.964	0%	0	0%	3.964	0%
<i>900 - 999</i>	1.914	0%	0	0%	1.914	0%
<i>1.000 o más</i>	6.572	1%	0	0%	6.572	1%
Total	1.237.560	100%	35.296	100%	1.272.856	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 15: Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso

<i>Dependientes severos criterio amplio</i>						
<i>Ingreso (M\$)</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>
<i>Menos de 100</i>	443.286	37%	36.813	44%	480.098	38%
<i>100 - 199</i>	396.098	33%	34.675	41%	430.773	34%
<i>200 - 299</i>	177.050	15%	4.549	5%	181.599	14%
<i>300 - 399</i>	80.672	7%	6.339	8%	87.011	7%
<i>400 - 499</i>	40.067	3%	111	0%	40.177	3%
<i>500 - 599</i>	19.105	2%	533	1%	19.638	2%
<i>600 - 699</i>	8.659	1%	578	1%	9.237	1%
<i>700 - 799</i>	11.873	1%	0	0%	11.873	1%
<i>800 - 899</i>	3.258	0%	706	1%	3.964	0%
<i>900 - 999</i>	1.914	0%	0	0%	1.914	0%
<i>1.000 o más</i>	6.572	1%	0	0%	6.572	1%
Total	1.188.553	100%	84.303	100%	1.272.856	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 16: Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso per cápita

<i>Dependientes severos criterio estricto</i>						
<i>Ingreso (M\$)</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>
<i>Menos de 100</i>	505.469	62%	16.295	65%	521.764	62%
<i>100 - 199</i>	208.135	26%	8.412	33%	216.547	26%
<i>200 - 299</i>	67.702	8%	294	1%	67.996	8%
<i>300 - 399</i>	13.521	2%	179	1%	13.700	2%
<i>400 - 499</i>	10.196	1%	0	0%	10.196	1%
<i>500 - 599</i>	4.069	1%	0	0%	4.069	0%
<i>600 - 699</i>	1.649	0%	0	0%	1.649	0%
<i>700 - 799</i>	943	0%	0	0%	943	0%
<i>800 - 899</i>	1.101	0%	0	0%	1.101	0%
<i>900 - 999</i>	96	0%	0	0%	96	0%
<i>1.000 o más</i>	253	0%	0	0%	253	0%
Total	813.135	100%	25.179	100%	838.314	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 17: Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso per cápita

<i>Dependientes severos criterio amplio</i>						
<i>Ingreso (M\$)</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>
<i>Menos de 100</i>	482.344	62%	39.420	65%	521.764	62%
<i>100 - 199</i>	198.277	25%	18.270	30%	216.547	26%
<i>200 - 299</i>	65.825	8%	2.171	4%	67.996	8%
<i>300 - 399</i>	13.219	2%	481	1%	13.700	2%
<i>400 - 499</i>	10.184	1%	12	0%	10.196	1%
<i>500 - 599</i>	4.069	1%	0	0%	4.069	0%
<i>600 - 699</i>	1.649	0%	0	0%	1.649	0%
<i>700 - 799</i>	943	0%	0	0%	943	0%
<i>800 - 899</i>	1.101	0%	0	0%	1.101	0%
<i>900 - 999</i>	96	0%	0	0%	96	0%
<i>1.000 o más</i>	253	0%	0	0%	253	0%
Total	777.961	100%	60.353	100%	838.314	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

g) Residencia

Dada las características de esta encuesta, solo es posible obtener una distribución regional de los dependientes y no por urbanidad o ruralidad. El Cuadro N° 18 y Cuadro N° 19, presentan la información antes señalada, donde es posible concluir que cercano al 40% (42% estricto y 44% amplio) de los dependientes se encuentra entre la Región Metropolitana y la Quinta, cifra 10% inferior en comparación a los A.M. no dependientes. A nivel nacional más de un 90% de los dependientes y no dependientes se encuentra en la zona centro sur del país independiente del criterio de análisis que se utilice.

Cuadro N° 18: Dependientes severos criterio estricto, por región de residencia

Región	<i>Dependientes severos criterio estricto</i>					
	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tarapacá	17.746	1%	1.560	1%	19.307	1%
Antofagasta	39.379	3%	2.008	1%	41.387	2%
Atacama	22.211	1%	2.691	2%	24.902	1%
Coquimbo	62.717	4%	7.534	4%	70.252	4%
Valparaíso	186.511	12%	16.250	10%	202.761	12%
O'Higgins	74.656	5%	11.695	7%	86.351	5%
Maule	87.540	6%	16.239	10%	103.779	6%
Biobío	187.898	12%	23.441	14%	211.338	13%
Araucanía	90.782	6%	15.287	9%	106.069	6%
De los Lagos	68.467	5%	10.378	6%	78.845	5%
Aysén	6.731	0%	849	1%	7.580	0%
Magallanes	15.865	1%	494	0%	16.360	1%
Metropolitana	595.466	39%	55.239	33%	650.705	39%
De los Ríos	38.718	3%	4.525	3%	43.242	3%
Arica y Parinacota	18.144	1%	1.309	1%	19.453	1%
Total	1.512.832	100%	169.499	100%	1.682.331	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Cuadro N° 19: Dependientes severos criterio amplio, por región de residencia

Región	<i>Dependientes severos criterio estricto</i>					
	No		Si		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tarapacá	17.004	1%	2.303	1%	19.307	1%
Antofagasta	38.076	3%	3.311	1%	41.387	2%
Atacama	21.245	1%	3.657	2%	24.902	1%
Coquimbo	59.158	4%	11.094	5%	70.252	4%
Valparaíso	176.299	12%	26.462	11%	202.761	12%
O'Higgins	71.608	5%	14.743	6%	86.351	5%

Subsecretaría de Previsión Social

<i>Maule</i>	85.143	6%	18.636	8%	103.779	6%
<i>Biobío</i>	179.739	12%	31.599	13%	211.338	13%
<i>Araucanía</i>	84.380	6%	21.690	9%	106.069	6%
<i>De los Lagos</i>	64.195	4%	14.650	6%	78.845	5%
<i>Aysén</i>	6.382	0%	1.198	1%	7.580	0%
<i>Magallanes</i>	15.110	1%	1.250	1%	16.360	1%
<i>Metropolitana</i>	572.065	40%	78.639	33%	650.705	39%
<i>De los Ríos</i>	37.182	3%	6.061	3%	43.242	3%
<i>Arica y Parinacota</i>	16.945	1%	2.508	1%	19.453	1%
<i>Total</i>	1.444.530	100%	237.801	100%	1.682.331	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

3.2. Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010:

Dadas las características de esta encuesta, no es posible analizar la dependencia de acuerdo a los criterios establecidos previamente, pero si permite indagar respecto de las causas de esta.

a) Factores de riesgo y problemas de salud

Las tasas de prevalencia por edad y sexo de los problemas de salud, presentadas en el Gráfico N° 2, 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. Del análisis de los factores antes descritos por la ENS, destaca lo siguiente:

- El sedentarismo alcanza un 96,1% de la población mayor, con un aumento gradual conforme se aumenta en rango etario, 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.
- El tamisaje positivo 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.

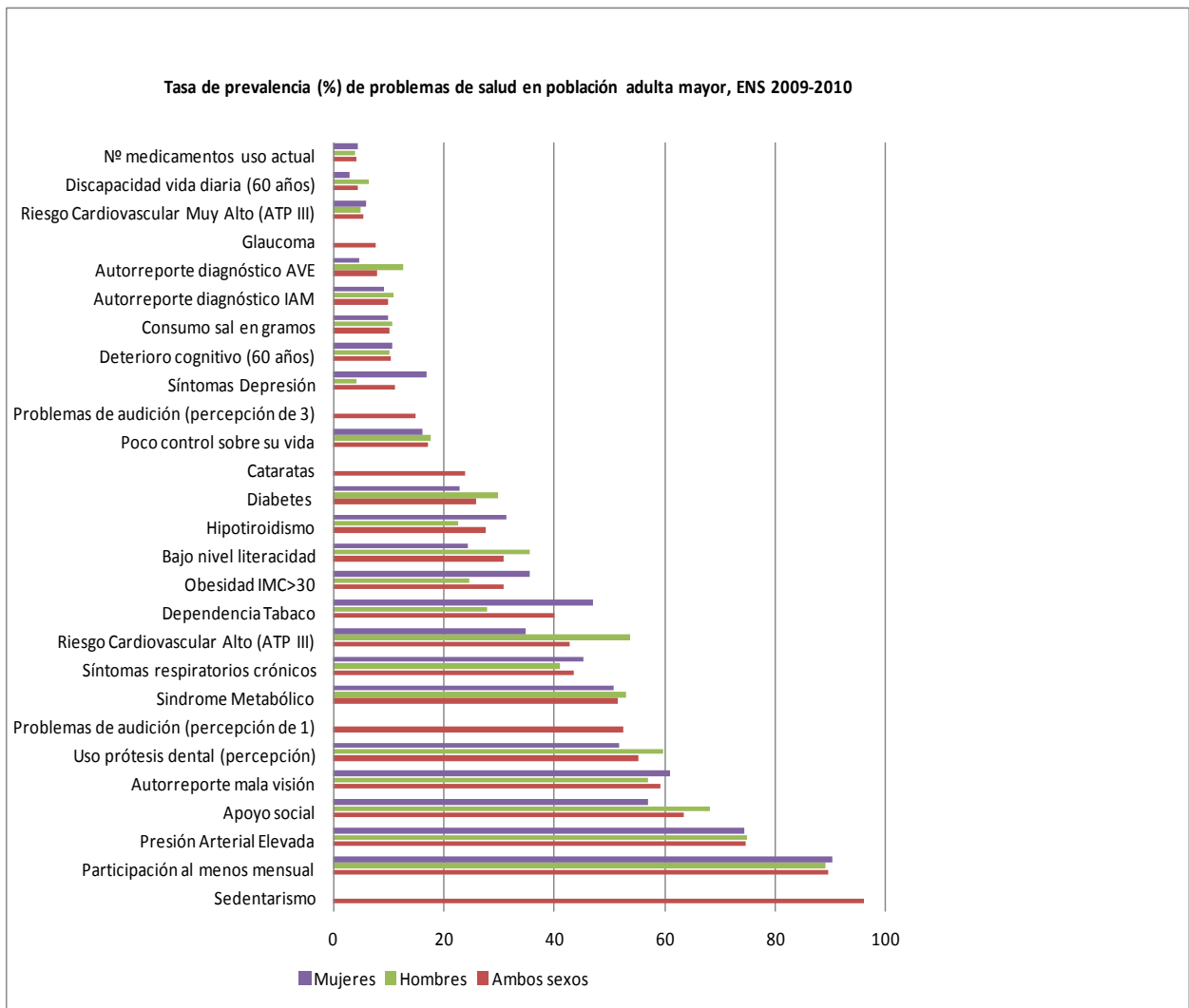
Subsecretaría de Previsión Social

- 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%).

Gráfico N° 2: Tasas de prevalencia de problemas de salud en Población adulta mayor

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

- 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.
- Los síntomas respiratorios crónicos aumentan en prevalencia junto al aumento del



Subsecretaría de Previsión Social

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 ayunas 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.

Subsecretaría de Previsión Social

- 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 un 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 un gradiente por edad en ambos sexos, alcanzando un 16% en el grupo > de 80 años.

Del análisis anterior, es posible verificar la 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.

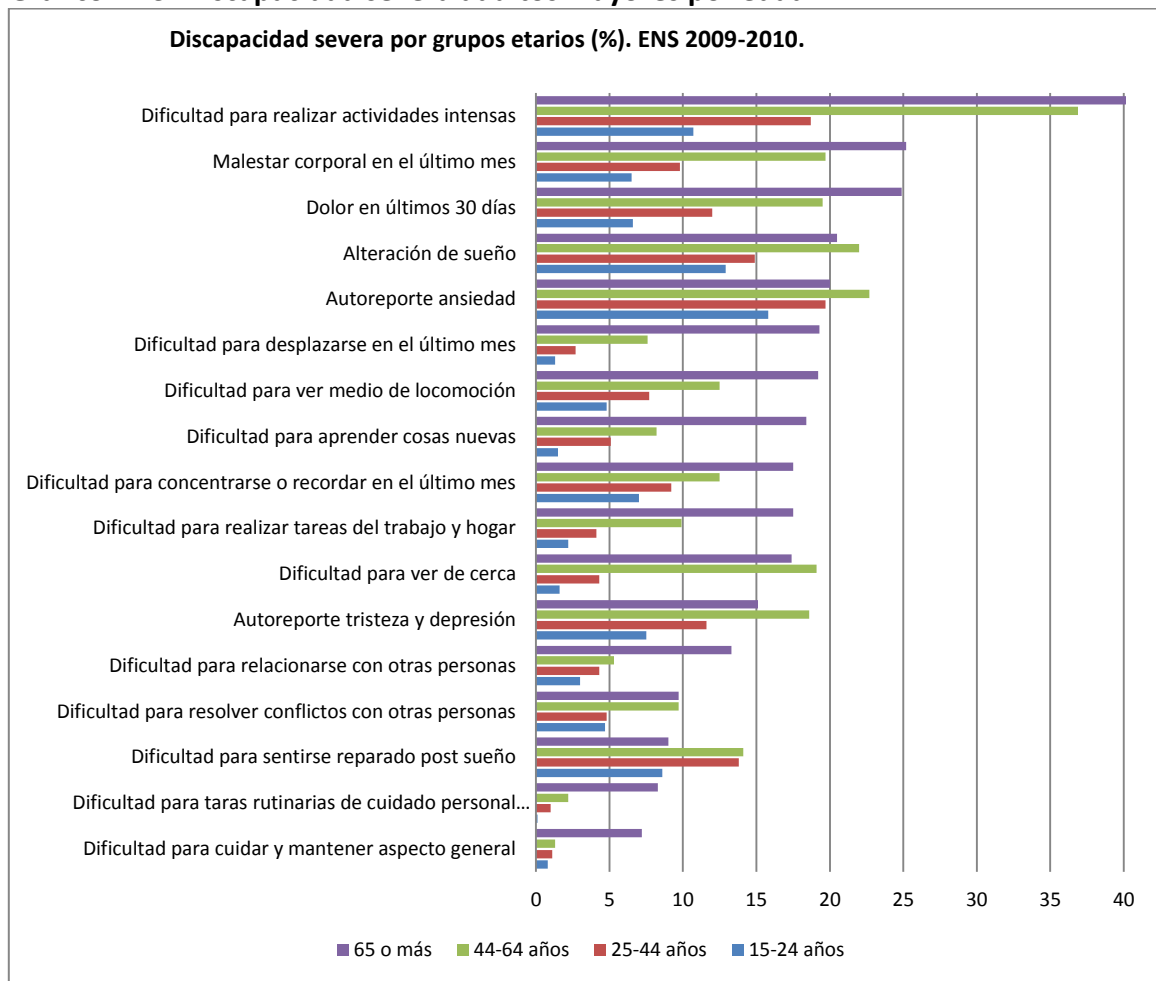
b) Discapacidad

La ENS dedica un apartado especial a la medición de este factor, utilizando 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),

Subsecretaría de Previsión Social

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. El Gráfico N° 3, presenta la distribución para realizar la actividad especificada, ajustada por tramo etario; considerando solamente aquel tramo calificado de mucha o demasiada dificultad.

Gráfico N° 3: Discapacidad severa adultos mayores por edad



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

Subsecretaría de Previsión Social

Del Gráfico anterior es posible inferir 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. 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.
- Dos 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

Subsecretaría de Previsión Social

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.

3.3. Encuesta de Protección Social (EPS) 2009:

La EPS contiene un set de preguntas dirigidas a evaluar la capacidad de efectuar actividades de la vida diaria de las personas encuestadas, con o sin ayuda de un tercero. Al no ser un instrumento diseñado a evaluar las condiciones de dependencia de sus encuestados, su análisis solo se circunscribe a las variables antes mencionadas, miradas desde perspectivas socioeconómicas y demográficas. Esta encuesta tiene como universo a la población mayor de 15 años.

a) Dificultades para realizar actividades de la vida diaria

Del Cuadro N° 20, se observa que del total de la población, un 7,37% tiene dificultad para realizar ejercicio extenuante o intenso. Asimismo, un 7,37% se ve dificultado para caminar largas distancias y un 6,81% necesita ayuda para subir escalas. Asimismo menor es el número de personas que necesita ayuda para bañarse (2,75%), vestirse (2,28%), comer (1,03%) y salir de su cama (2,02%).

Cuadro N° 20: Necesidad de ayuda o dificultad para realizar las siguientes actividades

Actividades	Necesita ayuda	Porcentaje del total
<i>Ejercicio extenuante o intenso</i>	940.966	7,37%
<i>Caminar largas distancias</i>	941.406	7,37%
<i>Subir escalas</i>	868.758	6,81%
<i>Bañarse</i>	351.598	2,75%
<i>Vestirse</i>	290.959	2,28%
<i>Comer</i>	131.288	1,03%
<i>Salir de su cama</i>	257.349	2,02%
Total	12.765.015	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Si restringimos el análisis a las personas de 65 años o más, la situación cambia, dado que la población afectada aumenta. Del Cuadro N° 21, se puede ver que un 27,85% necesitan ayuda para hacer ejercicio, 29,30% para caminar largas distancias, 26,45% para subir escaleras, 13,27% para bañarse, 9,63% para vestirse, 5,10% para comer y 8,63% para salir de su cama.

Cuadro N° 21: Necesidad de ayuda o dificultad para realizar las siguientes actividades Mayores 65

<i>Actividades</i>	<i>Necesita ayuda</i>	<i>Porcentaje del total</i>
<i>Ejercicio extenuante o intenso</i>	449.155	27,85%
<i>Caminar largas distancias</i>	472.522	29,30%
<i>Subir escalas</i>	426.545	26,45%
<i>Bañarse</i>	213.997	13,27%
<i>Vestirse</i>	155.215	9,63%
<i>Comer</i>	82.180	5,10%
<i>Salir de su cama</i>	139.120	8,63%
Total	1.612.605	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

b) Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por edad

En el Cuadro N° 22, se presentan a los dependientes mayores de 65 años, entendidos como aquellos que necesitan ayuda para realizar alguna actividad de la vida diaria. Al analizar por grupo etario, se observa que de las tareas que dificultan a un mayor número de adultos mayores (Ejercicio, caminar largas distancias y subir escalas), el número de afectados se distribuye de manera relativamente constante a través de los tramos de edad, con un cierto sesgo en el tramo de 65 a 70 años.

Al realizar la comparación intra tramo de edad, se observa que el porcentaje de personas que presentan dificultad para realizar alguna actividad va aumentando por cohorte, comenzando en alrededor de un 5% a 20% en el primer tramo de edad, para aumentar de manera progresiva medida que se analizan los siguientes tramos de edad para llegar un población afecta de entre un 20% a 50%.

Para aquellas tareas que dificultan a un menor número de personas, y que presentan mayor dificultad para la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer y salir de la cama, se puede notar que se concentran en las cohortes de mayor edad, lo que indica como el grado de dependencia aumenta a medida que se envejece.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 22: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida diaria por edad

Actividades	Tramos de edad										Total por categoría	
	65 - 69		70 - 74		76 - 79		80 - 84		85 y más		No	Sí
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí		
<i>Ejercicio extenuante o intenso</i>	457.862	102.322	304.626	92.826	216.686	86.980	118.764	93.190	65.512	73.837	1.163.450	449.155
%	81,7%	18,3%	76,6%	23,4%	71,4%	28,6%	56,0%	44,0%	47,0%	53,0%	67,7%	32,30%
<i>Caminar largas distancias</i>	463.742	96.442	310.422	87.030	206.714	96.952	107.878	104.076	51.327	88.022	1.140.083	472.522
%	82,8%	17,2%	78,1%	21,9%	68,1%	31,9%	50,9%	49,1%	36,8%	63,2%	66,0%	34,00%
<i>Subir escalas</i>	476.079	84.105	306.564	90.888	218.592	85.074	124.567	87.387	60.258	79.091	1.186.060	426.545
%	85,0%	15,0%	77,1%	22,9%	72,0%	28,0%	58,8%	41,2%	43,2%	56,8%	69,1%	30,90%
<i>Bañarse</i>	529.077	31.107	367.657	29.795	260.876	42.790	163.501	48.453	77.497	61.852	1.398.608	213.997
%	94,4%	5,6%	92,5%	7,5%	85,9%	14,1%	77,1%	22,9%	55,6%	44,4%	85,5%	14,50%
<i>Vestirse</i>	530.145	30.039	378.411	19.041	272.472	31.194	183.638	28.316	92.724	46.625	1.457.390	155.215
%	94,6%	5,4%	95,2%	4,8%	89,7%	10,3%	86,6%	13,4%	66,5%	33,5%	88,9%	11,10%
<i>Comer</i>	552.379	7.805	387.735	9.717	286.030	17.636	190.845	21.109	113.436	25.913	1.530.425	82.180
%	98,6%	1,4%	97,6%	2,4%	94,2%	5,8%	90,0%	10,0%	81,4%	18,6%	94,5%	5,50%
<i>Salir de su cama</i>	539.905	20.279	378.679	18.773	275.424	28.242	180.336	31.618	99.141	40.208	1.473.485	139.120
%	96,4%	3,6%	95,3%	4,7%	90,7%	9,3%	85,1%	14,9%	71,1%	28,9%	90,2%	9,80%
Total	1.612.605											

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Subsecretaría de Previsión Social

c) Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por sexo

En el Cuadro N° 23, se presenta a la población que requiere asistencia para realizar actividades de la vida diaria, separada por sexo. De esta agrupación se puede observar que, en promedio, cerca de dos tercios de las personas afectadas por situaciones de dependencia son mujeres.

Cuadro N° 23: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida diaria por sexo

Actividades	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
<i>Ejercicio extenuante o intenso</i>	147.933	301.222	449.155
%	32,94%	67,06%	100%
<i>Caminar largas distancias</i>	154.425	318.097	472.522
%	32,68%	67,32%	100%
<i>Subir escalas</i>	126.817	299.728	426.545
%	29,73%	70,27%	100%
<i>Bañarse</i>	71.086	142.911	213.997
%	33,22%	66,78%	100%
<i>Vestirse</i>	53.960	101.255	155.215
%	34,76%	65,24%	100%
<i>Comer</i>	33.726	48.454	82.180
%	41,04%	58,96%	100%
<i>Salir de su cama</i>	51.591	87.529	139.120
%	37,08%	62,92%	100%
Total	618.020	994.585	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

d) Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por región

Al analizar la situación por región, Cuadro N° 24, el mayor número de personas dependientes se encuentra en la región metropolitana, seguido por la VIII región y V región.

Excluyendo a la RM, se puede observar que personas con problemas para comer son especialmente predominantes en la VI (14,72%) y VII (15,20%) regiones, en la VII región predominan también quienes tienen dificultades para vestirse (12,83%), en la VIII quienes tienen problemas para bañarse (12,62%), caminar largas distancias (14,37%), subir escalas (13,70%) y hacer ejercicio (14,37%) lo anterior probablemente influenciado por las

Subsecretaría de Previsión Social

condiciones climáticas a las cuales se ven enfrentadas las personas que viven en esa región.

e) Ayuda para realizar actividades de la vida diaria, por ingreso per cápita

Al analizar la distribución de las personas que requieren asistencia para desarrollar actividades de la vida diaria, según su ingreso per cápita (Cuadro N° 25), se observa que sobre el 90% de las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades mencionadas tienen un ingreso per cápita inferior a \$100.000, situación que concuerda con lo observado en el Estudio Nacional de la Dependencia de los Adultos Mayores.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 24: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida diaria por región

Actividades	Regiones														Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM		
<i>Ejercicio extenuante o intenso</i>	4.809	1.838	1.850	14.248	38.023	28.015	32.529	56.650	38.167	31.175	112	3.171	143.767	394.354	
%	1,22%	0,47%	0,47%	3,61%	9,64%	7,10%	8,25%	14,37%	9,68%	7,91%	0,03%	0,80%	36,46%	100,00%	
<i>Caminar largas distancias</i>	5.436	5.910	1.564	15.225	37.729	27.984	37.569	55.999	38.477	32.947	112	3.171	153.000	415.123	
%	1,31%	1,42%	0,38%	3,67%	9,09%	6,74%	9,05%	13,49%	9,27%	7,94%	0,03%	0,76%	36,86%	100,00%	
<i>Subir escalas</i>	6.069	4.383	3.460	12.951	41.732	22.896	32.857	52.000	30.790	23.078	112	3.064	146.204	379.596	
%	1,60%	1,15%	0,91%	3,41%	10,99%	6,03%	8,66%	13,70%	8,11%	6,08%	0,03%	0,81%	38,52%	100,00%	
<i>Bañarse</i>	3.255	804	376	6.034	13.258	12.075	21.600	23.406	17.810	8.407	1.822	1.112	75.459	185.418	
%	1,76%	0,43%	0,20%	3,25%	7,15%	6,51%	11,65%	12,62%	9,61%	4,53%	0,98%	0,60%	40,70%	100,00%	
<i>Vestirse</i>	0	463	396	5.346	11.319	10.117	16.907	15.807	12.241	5.923	112	137	53.032	131.800	
%	0,00%	0,35%	0,30%	4,06%	8,59%	7,68%	12,83%	11,99%	9,29%	4,49%	0,08%	0,10%	40,24%	100,00%	
<i>Comer</i>	1.096	463	232	3.986	3.963	9.942	10.270	4.843	7.529	2.701	0	90	22.440	67.555	
%	1,62%	0,69%	0,34%	5,90%	5,87%	14,72%	15,20%	7,17%	11,14%	4,00%	0,00%	0,13%	33,22%	100,00%	
<i>Salir de su cama</i>	0	463	232	2.894	8.012	12.599	15.028	11.181	13.633	7.149	0	731	45.912	117.834	
%	0,00%	0,39%	0,20%	2,46%	6,80%	10,69%	12,75%	9,49%	11,57%	6,07%	0,00%	0,62%	38,96%	100,00%	
Total	26.241	30.196	23.649	58.619	137.036	83.180	91.585	191.007	92.127	100.046	8.562	12.754	537.468	1.392.470	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 25: Requerimiento de ayuda con actividades de la vida por tramos de Ingreso

Actividades	0 – 100		100 - 200		200 - 300		300 - 400		400 - 500		500 - 600		700 - 800		1.000 o más		Total	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
<i>Ejercicio extenuante o intenso</i>	Nº 440.076	1.064.964	6.080	45.461	2.435	2.739	0	3.157	0	1.860	431	1.178	133	0	0	1.501	449.155	1.120.860
	% 28,46%	68,87%	11,52%	86,14%	47,06%	52,94%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	26,79%	73,21%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	27,85%	69,51%
<i>Caminar largas distancias</i>	Nº 461.217	1.068.459	8.270	44.506	2.471	2.703	0	3.157	0	1.860	431	1.178	133	0	0	1.501	472.522	1.123.364
	% 29,83%	69,09%	15,67%	84,33%	47,76%	52,24%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	26,79%	73,21%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	29,30%	69,66%
<i>Subir escalas</i>	Nº 414.766	1.112.417	7.972	44.804	3.243	1.931	0	3.157	0	1.860	431	1.178	133	0	0	0	426.545	1.165.347
	% 26,82%	71,94%	15,11%	84,89%	62,68%	37,32%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	26,79%	73,21%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	26,45%	72,26%
<i>Bañarse</i>	Nº 207.953	1.335.586	6.044	46.732	0	5.174	0	3.157	0	1.860	0	1.609	0	133	0	1.501	213.997	1.395.752
	% 13,45%	86,37%	11,45%	88,55%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	13,27%	86,55%
<i>Vestirse</i>	Nº 148.834	1.394.232	6.248	46.528	0	5.174	0	3.157	0	1.860	0	1.609	133	0	0	1.501	155.215	1.454.061
	% 9,62%	90,16%	11,84%	88,16%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	9,63%	90,17%
<i>Comer</i>	Nº 80.754	1.462.873	1.293	51.483	0	5.174	0	3.157	0	1.860	0	1.609	133	0	0	1.501	82.180	1.527.657
	% 5,22%	94,60%	2,45%	97,55%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%	5,10%	94,73%
<i>Salir de su cama</i>	Nº 135.534	1.401.035	3.586	48.839	0	5.174	0	3.157	0	1.860	0	1.609	0	133	0	1.501	139.120	1.463.308
	% 8,76%	90,60%	6,79%	92,54%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%	8,63%	90,74%
<i>Total</i>	1.546.395		52.776		5.174		3.157		1.860		1.609		133		1.501		1.612.605	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Subsecretaría de Previsión Social

f) Condicionantes para dependencia

En base a lo estudiado se considera como dependientes a aquellas personas de 65 años o más que no pueden salir de su cama y que no pueden comer por sus propios medios y que han solicitado alguna vez pensión de invalidez a través de instituciones distintas a las mutualidades, y que esta invalidez no sea temporal, lo que nos entrega 164.121 personas dependientes, Cuadro N° 26.

Cuadro N° 26: Dependientes Según tramo de edad y genero

<i>Dependiente</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
		<i>Porcentaje</i>	<i>acumulado</i>
<i>No</i>	1.448.484	89,82%	89,82
<i>Sí</i>	164.121	10,18%	100%
<i>Total</i>	1.612.605	100%	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Al analizar por tramo de edad, Cuadro N° 27, Los dependientes suelen concentrarse en los rangos de mayor edad, después de los ochenta años. En el rango entre los 80 y los 84 años se encuentra el 20,25% de los dependientes.

Cuadro N° 27 Dependientes según tramo de edad

<i>Edad</i>	<i>Dependientes</i>		<i>Total</i>
	<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<i>65 -69</i>	527.228	32.956	560.184
<i>%</i>	36,40%	20,08%	34,74%
<i>70 - 74</i>	372.132	25.320	397.452
<i>%</i>	25,69%	15,43%	24,65%
<i>75 - 79</i>	273.368	30.298	303.666
<i>%</i>	18,87%	18,46%	18,83%
<i>80 - 84</i>	178.713	33.241	211.954
<i>%</i>	12,34%	20,25%	13,14%
<i>85 - 89</i>	67.208	22.814	90.022
<i>%</i>	4,64%	13,90%	5,58%
<i>90 - 94</i>	23.207	11.333	34.540
<i>%</i>	1,60%	6,91%	2,14%
<i>95 - 99</i>	6.056	6.948	13.004
<i>%</i>	0,42%	4,23%	0,81%
<i>100 y más</i>	572	1.211	1.783
<i>%</i>	0,04%	0,74%	0,00
<i>Total</i>	1.448.484	164.121	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Bajo una perspectiva de género, Cuadro N° 28, las personas con dependencia suelen ser en su gran mayoría mujeres, lo que parece ir acorde con la distribución de los adultos mayores de 65 años de edad.

Cuadro N° 28: Dependientes por género

Género	Dependencia		Total
	No	Sí	
Hombre	554.232 38,26%	63.788 38,87%	618.020 38,32%
Mujer	894.252 61,74%	100.333 61,13%	994.585 61,68%
Total	1.448.484	164.121	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

En lo que respecta al parentesco con el jefe de hogar, Cuadro N° 29, la gran mayoría de los dependientes, según esta encuesta, son jefes de hogar. Así, los dependientes jefes de hogar llegan a ser el 64,12% de la muestra, lo que de todos modos es inferior a la proporción de jefes de hogar entre los no dependientes, que llega a un 69,99%.

Cuadro N° 29: Dependientes por parentesco jefe de hogar

Parentesco con el jefe de hogar	Dependencia		Total
	No	Sí	
jefe de hogar	1.013.821 69,99%	105.238 64,12%	1.119.059 69,39%
cónyuge o pareja	343.116 23,69%	31.349 19,10%	374.465 23,22%
hijo(a)	11.289 0,78%	128 0,08%	11.417 0,71%
otro familiar	73.180 5,05%	26.142 15,93%	99.322 6,16%
otro no familiar	7.078 0,49%	1.264 0,77%	8.342 0,52%
Total	1.448.484	164.121	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Un punto de gran relevancia en el análisis es el número de personas que dependen económicamente del dependiente, Cuadro N° 30, la gran mayoría de los dependientes no tiene personas que estén económicamente a su cargo, lo que también es cierto para adultos mayores no dependientes, aunque en una proporción ligeramente menor.

Cuadro N° 30: Personas que dependen económicamente de una persona dependiente

Personas que dependen económicamente del dependiente	Dependientes		Total
	No	Sí	
0	1.301.091 89,82%	150.429 91,66%	1.451.520 90,01%
1	81.785 5,65%	6.212 3,79%	87.997 5,46%
2	25.334 1,75%	1.658 1,01%	26.992 1,67%
3	12.338 0,85%	128 0,08%	12.466 0,77%
4	1.152 0,08%	516 0,31%	1.668 0,10%
no responde	3.620 0,25%	812 0,49%	4.432 0,27%
no sabe	23.164 1,60%	4.366 2,66%	27.530 1,71%
Total	1.448.484	164.121	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

En lo que respecta a la composición del hogar, 18,58% vive en hogares de tres personas, 15,91% en hogares de cuatro personas, y 15,14% vive con 5 personas, Cuadro N° 31.

Cuadro N° 31: Composición del hogar

Número de personas en el hogar	Dependientes		Total
	No	Sí	
1	139.036 9,60%	8.607 5,24%	147.643 9,16%
2	325.914 22,50%	23.848 14,53%	349.762 21,69%
3	245.913 16,98%	30.490 18,58%	276.403 17,14%
4	232.013 16,02%	26.106 15,91%	258.119 16,01%
5	151.908 10,49%	24.852 15,14%	176.760 10,96%
6	115.910 8,00%	19.122 11,65%	135.032 8,37%
7	89.463 6,18%	18.695 11,39%	108.158 6,71%
8	48.300 3,33%	6.783 4,13%	55.083 3,42%
9	36.622 2,53%	1.047 0,64%	37.669 2,34%
10	23.392 1,61%	593 0,36%	23.985 1,49%
Más de 10	40.013 2,76%	3.978 2,42%	43.991 2,73%
Total	1.448.484	164.121	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Desde el punto de vista del ingreso autónomo per cápita en los hogares, Cuadro N° 32, que tienen personas con dependencia tiende a ser muy bajo, encontrándose en el rango entre 0 y \$ 100 mil por persona (96,01%). Esto sigue la tendencia general entre mayores de 65 años pero es notoriamente más marcado para los dependientes.

Cuadro N° 32: Ingreso autónomo per cápita

<i>Ingreso autónomo per cápita</i>	<i>Dependencia</i>		<i>Total</i>
	<i>No</i>	<i>Sí</i>	
0 - 100	1.311.584 90,55%	157.574 96,01%	1.469.158 91,10%
100 - 200	103.040 7,11%	5.291 3,22%	108.331 6,72%
200 - 300	13.556 0,94%	554 0,34%	14.110 0,87%
300 - 400	12.865 0,89%	569 0,35%	13.434 0,83%
400 - 500	1.590 0,11%	0 0,00%	1.590 0,10%
500 - 600	1.609 0,11%	0 0,00%	1.609 0,10%
600 - 700	136 0,01%	0 0,00%	136 0,01%
700 - 800	276 0,02%	0 0,00%	276 0,02%
800 - 900	0 0,00%	133 0,08%	133 0,01%
1.000 o más	3.828 0,26%	0 0,00%	3.828 0,24%
Total	1.448.484	164.121	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

Analizando por ingreso autónomo total del hogar, Cuadro N° 33, se observa que, si bien los números se moderan bastante, aún se puede ver que la mayoría de los dependientes (59,30%) viven bajo los \$ 100 mil, y que 19% vive bajo los 200 mil.

Cuadro N° 33: Ingreso autónomo

<i>Ingreso autónomo total</i>	Dependencia		<i>Total</i>
	<i>No</i>	<i>Sí</i>	
<i>0 - 100</i>	879.830	97.328	977.158
%	60,74%	59,30%	60,60%
<i>100 - 200</i>	219.398	31.183	250.581
%	15,15%	19,00%	15,54%
<i>200 - 300</i>	131.793	15.434	147.227
%	9,10%	9,40%	9,13%
<i>300 - 400</i>	86.116	6.802	92.918
%	5,95%	4,14%	5,76%
<i>400 - 500</i>	45.911	5.346	51.257
%	3,17%	3,26%	3,18%
<i>500 - 600</i>	26.464	785	27.249
%	1,83%	0,48%	1,69%
<i>600 - 700</i>	17.296	4.874	22.170
%	1,19%	2,97%	1,37%
<i>700 - 800</i>	4.564	755	5.319
%	0,32%	0,46%	0,33%
<i>800 - 900</i>	9.898	554	10.452
%	0,68%	0,34%	0,65%
<i>900 - 1.000</i>	1.652	358	2.010
%	0,11%	0,22%	0,12%
<i>1.000 o más</i>	25.562	702	26.264
%	1,76%	0,43%	1,63%
<i>Total</i>	1.448.484	164.121	1.612.605

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta de Protección Social 2009

3.4. Encuesta de Caracterización Social y Económica Nacional(CASEN) 2009 y 2011:

La CASEN permite observar varias dimensiones relativas a la situación socioeconómica de la población nacional, a través de una muestra representativa a nivel nacional. Contiene módulos con información sobre vivienda, salud, educación, ingresos, trabajo y otros temas que pueden ser de interés a nivel nacional.

La última edición de la CASEN (2011) tiene 200.302 registros, representativos de la realidad nacional. De éstos, 22.437 son mayores de 65 años de edad. Considerando los factores de expansión, esta muestra representa a 1.907.939 adultos mayores, equivalentes a un 11,25% de la población nacional (proyectada por CASEN 16.962.515 personas).

Para identificar a personas dependientes en la muestra se tomaron a las personas mayores de 65 años, utilizando como proxy de dependencia (según criterio experto), aquellas personas que tuvieran dificultades para poder comer solos o para desplazarse dentro de sus hogares. Con respecto a la primera variable en el Cuadro N° 34, se observa que en primer lugar en la versión 2009 solo un total de 236.748 A.M contestaron esta pregunta, independiente de lo anterior al analizar al grupo que contesta no poder comer obtenemos que 145.623 no lo pueden hacer el año 2009, cifra que se incrementa a 201.471 el año 2011.

Cuadro N° 34: ¿Es capaz de bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)?

Condición	2009		2011	
	N°	%	N°	%
<i>Si</i>	145.623	61,51	201.471	10,56
<i>No</i>	91.125	38,49	1.706.468	89,44
<i>Total</i>	236.748	100	1.907.939	100

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

En lo que respecta a la pregunta de poder desplazarse o al interior de su hogar, Cuadro N° 35 de los que respondieron la pregunta el año 2009, un 72,77%, correspondiente a 172.288 adultos mayores tienen dificultad cifra que se incrementa a 210.889 A.M. el año 2011.

Cuadro N° 35: ¿Es capaz de moverse/desplazarse solo(a) dentro de la casa?

Condición	2009		2011	
	N°	%	N°	%
<i>Sí</i>	172.288	72,77	210.889	11,05
<i>No</i>	64.460	27,23	1.697.050	88,95
<i>Total</i>	236.748	100	1.907.939	100

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

Un problema que se genera al no realizar la pregunta orientada a los factores que se están buscando como proxy de dependencia, puede generar una sobre estimación de los dependientes, ya que en el caso particular de la alimentación, incorpora en la misma actividades de carácter instrumental de la vida diaria, las cuales no se consideran determinantes de la dependencia severa generando la sobre estimación antes señalada.

Independiente de lo anterior, con las variables analizadas previamente, es posible determinar el indicador de dependencia para aquellos que hayan respondido alguna de las preguntas antes indicadas de manera positiva entendiendo como tal tener la dificultad. El grupo resultante de dependientes (que poseen alguna de las dos características señaladas con anterioridad), Cuadro N° 36, es de 180.502 y 265.546 para los años 2009 y 2011 respectivamente. La diferencia de dependientes entre ambos años tiene directa relación con el número de personas que respondieron las preguntas, situación explicada en párrafos anteriores.

Cuadro N° 36: Dependientes estimados

<i>Dependientes</i>	<i>CASEN 2009</i>	<i>CASEN 2011</i>
<i>Frecuencia</i>	180.502	265.546
<i>% del total</i>	9,86	13,92
<i>Total mayores de 65 años</i>	1.831.181	1.907.939

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

a) Dependientes por tramo de edad

Como es de esperar, la mayoría de los A.M. se concentran en el tramo 65 – 79 años para ambos años analizados, teniendo mayor proporción de dependientes el grupo de 80-84 años para el 2009 (2,4% del total de A.M.) y 75 - 79 para el año 2011 (3,5% del total de A.M.), Cuadro N° 37.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 37: Dependientes por tramo de edad CASEN 2009 – 2011

Edad	CASEN 2009			CASEN 2011		
	No dep.	Dep.	Total	No dep.	Dep.	Total
65 – 69	566.030	29.630	595.660	572.867	34.452	607.319
% de la categoría	34,3%	16,4%	32,5%	34,9%	13,0%	31,8%
% del total	30,9%	1,6%	32,5%	34,9%	2,1%	37,0%
70 – 74	423.257	28.579	451.836	464.533	40.333	504.866
%	25,6%	15,8%	24,7%	28,3%	15,2%	26,5%
% del total	23,1%	1,6%	24,7%	28,3%	2,5%	30,7%
75 - 79	334.726	34.154	368.880	285.011	58.055	343.066
%	20,3%	18,9%	20,1%	17,4%	21,9%	18,0%
% del total	18,3%	1,9%	20,1%	17,4%	3,5%	20,9%
80 - 84	201.780	44.367	246.147	197.873	53.024	250.897
%	12,2%	24,6%	13,4%	12,0%	20,0%	13,2%
% del total	11,0%	2,4%	13,4%	12,0%	3,2%	15,3%
85 - 89	83.297	26.304	109.601	89.575	44.651	134.226
%	5,0%	14,6%	6,0%	5,5%	16,8%	7,0%
% del total	4,5%	1,4%	6,0%	5,5%	2,7%	8,2%
90 - 94	30.264	12.327	42.591	28.542	24.854	53.396
%	1,8%	6,8%	2,3%	1,7%	9,4%	2,8%
% del total	1,7%	0,7%	2,3%	1,7%	1,5%	3,3%
95 - 99	10.588	3.988	14.576	2.948	9.247	12.195
%	0,6%	2,2%	0,8%	0,2%	3,5%	0,6%
% del total	0,6%	0,2%	0,8%	0,2%	0,6%	0,7%
100 o más	737	1.153	1.890	1.044	930	1.974
%	0,0%	0,6%	0,1%	0,1%	0,4%	0,1%
% del total	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Total	1.650.679	180.502	1.831.181	1.642.393	265.546	1.907.939
%	90%	10%	100%	86%	14%	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

b) Dependientes por género

Al analizar por género, Cuadro N° 38, la mayor proporción de dependientes, independiente del año que se analice, se encuentran en el género femenino; el 10,99% de las mujeres mayores de 65 años el año 2009 pueden ser consideradas dependientes, cifra que para el año 2011 se incrementa hasta llegar a un 15,77%. En términos globales la proporción de dependientes expresado como porcentaje del total de adultos mayores, se incrementó en el periodo 2009-2011 de un 9,86% al 13,92%.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 38: Dependientes por genero CASEN 2009 – 2011

<i>Dependientes</i>	CASEN 2009			CASEN 2011		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<i>Frecuencia</i>	65.608	114.894	180.502	91.687	173.859	265.546
<i>% de categoría</i>	8,35%	10,99%	9,86%	11,39%	15,77%	13,92%
<i>% de A.M.</i>	3,58%	6,27%	9,86%	4,81%	9,11%	13,92%
<i>Total A.M.</i>	785.354	1.045.827	1.831.181	805.306	1.102.633	1.907.939

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

c) Dependientes por estructura del grupo familiar

La estructura familiar de la población dependientes se concentra en un 84% en Jefes de Hogar o cónyuge del jefe de hogar, tanto para el año 2009 como 2011, Cuadro N° 39. Por otro lado, los grupos con mayor proporción de dependientes, sin considerar los grupos “otro familiar” ni “no familiar”, son los padres del jefe de hogar o de su cónyuge, los que equivalen a 19,93% y 15,18% el 2009 y a 34,85% y 29,41% el 2011.

Cuadro N° 39: Dependientes por estructura familiar

<i>Parentesco con el jefe de hogar</i>	CASEN 2009				CASEN 2011			
	<i>Dependientes</i>	<i>% sobre total AM</i>	<i>Total adultos mayores</i>	<i>%</i>	<i>Dependientes</i>	<i>% sobre total AM</i>	<i>Total adultos mayores</i>	<i>%</i>
<i>jefe(a) de hogar</i>	102.471	9,05%	1.132.186	62%	121.842	10,32%	1.180.471	62%
<i>espos(a)/pareja</i>	31.371	7,65%	410.230	22%	53.196	12,56%	423.409	22%
<i>hijo(a) de ambos</i>	0	0,00%	819	0%	156	26,49%	589	0%
<i>hijo(a) sólo del jefe</i>	285	4,74%	6.014	0%	773	7,44%	10.396	1%
<i>hijo(a) sólo del cónyuge</i>	0	0,00%	39	0%	-	-	-	-
<i>padre o madre</i>	25.753	19,93%	129.228	7%	44.361	34,85%	127.293	7%
<i>suegro(a)</i>	9.725	15,18%	64.058	3%	17.813	29,41%	60.566	3%
<i>yerno/nuera</i>	262	10,85%	2.414	0%	69	4,89%	1.411	0%
<i>hermano(a)</i>	2.836	8,77%	32.320	2%	7.275	20,79%	34.997	2%
<i>cuñado(a)</i>	1.042	16,15%	6.454	0%	786	14,91%	5.270	0%
<i>otro familiar</i>	5.038	14,73%	34.202	2%	15.891	31,64%	50.225	3%
<i>no familiar</i>	1.634	14,52%	11.257	1%	3.384	29,41%	11.508	1%
<i>s. doméstico p. adent</i>	85	4,34%	1.960	0%	0	0,00%	1.804	0%
<i>Total</i>	180.502	9,86%	1.831.181	100%	265.546	13,92%	1.907.939	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

Subsecretaría de Previsión Social

Los dependientes suelen vivir en familias de dos o tres personas, tal como se puede observar en el Cuadro N° 40, encontrando al 64% de los dependientes en un hogar compuesto por al menos tres personas.

Cuadro N° 40: Personas en el hogar

Número de personas en el hogar	CASEN 2009		CASEN 2011	
	Dependientes	Total A.M.	Dependientes	Total A.M.
1	26.051	236.314	26.785	253.925
%	14,4%	12,9%	10,1%	13,3%
2	53.094	593.724	93.873	673.468
%	29,4%	32,4%	35,4%	35,3%
3	38.052	363.515	49.226	373.830
%	21,1%	19,9%	18,5%	19,6%
4	25.705	247.611	35.183	251.543
%	14,2%	13,5%	13,2%	13,2%
5	17.440	175.594	24.350	155.782
%	9,7%	9,6%	9,2%	8,2%
6	10.465	105.948	18.068	104.720
%	5,8%	5,8%	6,8%	5,5%
7	5.341	57.623	9.298	43.473
%	3,0%	3,1%	3,5%	2,3%
8	2.162	27.552	3.996	18.450
%	1,2%	1,5%	1,5%	1,0%
9	1.417	10.280	3.262	15.067
%	0,8%	0,6%	1,2%	0,8%
10 o más	775	13.020	1.505	17.681
%	0,4%	0,7%	0,6%	0,9%
<i>Total</i>	180.502	1.831.181	265.546	1.907.939

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

d) Dependientes por ingresos y trabajos del hogar

Las familias con A.M. dependientes, Cuadro N° 41, tienden a concentrarse en los rangos de ingreso más bajos que las familias sin dependientes, en particular, para el año 2009, el 49,57% de dependientes se encontraban en el rango de ingresos entre 0 a \$100 mil frente a 43,71% de no dependientes, y 31,50% se encontraba en el rango de \$100 mil a \$200 mil, frente a un 29,57% del total de adultos mayores. En el 2011 la situación se hace más pronunciada: 40,1% de los dependientes se encuentra en el primer rango de ingresos

Subsecretaría de Previsión Social

frente a un 35,46% del total de adultos mayores, y 35,54% de dependientes se encontraba en el segundo rango, frente a un 33,40% del total de adultos mayores.

Cuadro N° 41: Dependientes por ingresos y trabajos del hogar

<i>Ingreso autónomo per cápita</i>	<i>CASEN 2009</i>		<i>CASEN 2011</i>	
	<i>Dependientes</i>	<i>Total A.M.</i>	<i>Dependientes</i>	<i>Total A.M.</i>
<i>0 - 100</i>	89.476	800.385	106.479	676.543
<i>%</i>	49,57	43,71	40,10	35,46
<i>100 - 200</i>	56.855	541.401	94.368	637.315
<i>%</i>	31,50	29,57	35,54	33,40
<i>200 - 300</i>	13.998	211.541	35.193	266.798
<i>%</i>	7,76	11,55	13,25	13,98
<i>300 - 400</i>	9.614	102.559	9.829	110.028
<i>%</i>	5,33	5,60	3,70	5,77
<i>400 - 500</i>	3.815	49.907	7.727	70.108
<i>%</i>	2,11	2,73	2,91	3,67
<i>500 - 600</i>	3.750	41.479	3.026	37.288
<i>%</i>	2,08	2,27	1,14	1,95
<i>600 - 700</i>	1.326	18.082	2.461	25.291
<i>%</i>	0,73	0,99	0,93	1,33
<i>700 - 800</i>	888	13.040	1.042	17.551
<i>%</i>	0,49	0,71	0,39	0,92
<i>800 - 900</i>	156	8.288	1.241	16.679
<i>%</i>	0,09	0,45	0,47	0,87
<i>900 - 1.000</i>	514	10.640	617	8.016
<i>%</i>	0,28	0,58	0,23	0,42
<i>1.000 o más</i>	110	33.859	3.563	42.322
<i>%</i>	0,06	1,85	1,34	2,22
<i>Total</i>	180.502	1.831.181	265.546	1.907.939

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

Al analizar a los familiares del adulto mayor dependiente, y su relación con en el mundo laboral, Cuadro N° 42, se puede inferir que existe una menor tasa de inactivos en las familias que tienen algún miembro dependiente, en el caso de los desocupados existe una diferencia de 1% entre familias con y sin dependientes, siendo estas últimas las que presentan una menor tasa de desocupación. De lo anterior se puede inferir que la existencia de un miembro del hogar en la categoría de dependiente, genera incentivos a emplearse por parte de los miembros del grupo familiar.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 42: Participación laboral familiar

Condición de actividad económica	CASEN 2009			CASEN 2011		
	Familias sin dependientes	Familias con dependientes	Total	Familias sin dependientes	Familias con dependientes	Total
Ocupado	979.341	133.984	1.113.325	1.236.217	215.957	1.452.174
%	53%	53%	53%	35%	47%	36%
Desocupado	133.382	21.588	154.970	112.608	16.850	129.458
%	7%	9%	7%	3%	4%	3%
Inactivo	723.459	96.645	820.104	2.220.402	223.011	2.443.413
%	39%	38%	39%	62%	49%	61%
Total	1.836.182	252.217	2.088.399	3.569.227	455.818	4.025.045

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a CASEN 2009, 2011

3.5. Ficha de Protección Social (FPS):

A diferencia de las encuestas analizadas con anterioridad, la FPS es una encuesta que se aplica a las familias que la soliciten, recogiendo información de sus características socioeconómicas, abarcando aspectos relacionados con la composición familiar, salud, educación, ingresos, patrimonio, gastos, enfermedades catastróficas y otros.

El puntaje de la Ficha de Protección Social (FPS), es utilizado para focalizar una parte importante de los beneficios que son otorgados desde el Estado a familias vulnerables. Uno de los componentes utilizados en el cálculo del puntaje de la FPS es la capacidad de generar ingreso de todos los miembros del hogar; por medio de este y de los ingresos reportados y permanentes del hogar es posible obtener el índice de necesidades, que tomo en cuenta economías a escala y las necesidades del grupo familiar. El índice de necesidades se mide según el nivel de dependencia que tiene cada individuo, mediante la asignación de valores, de acuerdo al nivel y condiciones de dependencia de los miembros del hogar.

La encuesta analizada considera a 1.681.385 encuestados, los cuales se componen en un 43,11% hombres y un 56,89% mujeres, Cuadro N° 43. De los encuestados un 3,3% se clasificaba bajo Dependencia Moderada, y un 1,3% lo hacia abajo dependencia Severa.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 43: Dependientes por grado de dependencia: Moderada, Severa

Género	Dependencia Moderada			Dependencia Severa		
	No dependientes	Dependientes	Total	No dependientes	Dependientes	Total
Hombres	702.885	22.021	724.906	716.071	8.835	724.906
% del total hombres	97,0%	3,0%	100,0%	98,8%	1,2%	100,0%
% de grupo dependencia	43,2%	40,1%	43,1%	43,1%	41,6%	43,1%
Mujeres	923.576	32.903	956.479	944.080	12.399	956.479
% del total mujeres	96,6%	3,4%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%
% de grupo dependencia	56,8%	59,9%	56,9%	56,9%	58,4%	56,9%
Total	1.626.461	54.924	1.681.385	1.660.151	21.234	1.681.385
% muestra total	96,7%	3,3%	100,0%	98,7%	1,3%	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

a) Dependientes por tramo de edad

El Cuadro N° 44, presenta la distribución por rango de edad de los encuestados dependientes severos o moderados. La mayoría de los dependientes se concentra en los rangos entre 75 y 79; y 80 y 84 años. El 14,0% de los dependientes moderados se encuentra entre los 75 y los 79 años, mientras que el 12,3% se encuentra entre los 80 y 84 años. Para los dependientes severos, los resultados son similares: 13,59% de los dependientes severos tienen entre 75 a 79 años y el 12,01% se encuentra entre los 80 y los 84 años. Esta distribución reafirma los resultados obtenidos en las encuestas ya analizadas, referidos a que a mayor edad es posible encontrar un mayor número de dependientes.

Cuadro N° 44: Dependientes por rango de edad

Edad	Dependencia moderada	Dependencia severa	Total
65 - 69	5.920	2.086	359.911
%	10,7%	9,8%	21,3%
70 - 74	6.684	2.457	257.675
%	12,1%	11,5%	15,2%
75 - 79	7.742	2.897	178.337
%	14,0%	13,6%	10,5%
80 - 84	6.815	2.560	90.710

Subsecretaría de Previsión Social

<i>Edad</i>	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Total</i>
%	12,3%	12,0%	5,4%
85 - 89	4.080	1.669	32.080
%	7,4%	7,8%	1,9%
90 - 94	1.538	645	7.833
%	2,8%	3,0%	0,5%
95 - 99	269	168	1.155
%	0,5%	0,8%	0,1%
100 o más	32	16	84
%	0,1%	0,1%	0,0%
Total	55.220	21.319	1.690.621

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

b) Dependientes por rango de ingreso

En el Cuadro N° 45, se presentan los ingresos totales individuales (trabajo, pensiones y otros ingresos permanentes o rentas) de los encuestados. De esta información es posible observar que los dependientes, sean moderados o severos, se concentran en un 50% en el primer rango de ingresos (inferior a \$50 mil), cifra que se eleva al 93% para ingresos menores a \$200.000.

Cuadro N° 45: Dependientes por rango de ingreso individual

<i>Rango Ingreso total individual (M\$)</i>	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Total</i>
0 - 50	27.592	10.647	756.170
%	50,0%	49,9%	44,6%
50 - 100	5.110	2.087	178.432
%	9,3%	9,8%	10,5%
100 - 150	5.605	2.120	259.698
%	10,2%	9,9%	15,3%
150 - 200	13.625	5.197	358.425
%	24,7%	24,3%	21,2%
200 - 250	2.004	712	72.510
%	3,6%	3,3%	4,3%
250 - 300	564	235	32.952
%	1,0%	1,1%	1,9%
300 - 350	322	134	16.411
%	0,6%	0,6%	1,0%
350 - 400	140	74	7.917
%	0,3%	0,3%	0,5%
400 - 450	95	56	4.394
%	0,2%	0,3%	0,3%
450 - 500	60	27	2.394
%	0,1%	0,1%	0,1%

Subsecretaría de Previsión Social

Rango Ingreso total individual (M\$)	Dependencia moderada	Dependencia severa	Total
500 - 550	31	20	1.509
%	0,1%	0,1%	0,1%
550 - 600	17	9	952
%	0,0%	0,0%	0,1%
600 - 650	22	7	719
%	0,0%	0,0%	0,0%
650 - 700	13	5	400
%	0,0%	0,0%	0,0%
700 - 750	5	2	304
%	0,0%	0,0%	0,0%
750 - 800	4	4	248
%	0,0%	0,0%	0,0%
800 - 850	7	2	257
%	0,0%	0,0%	0,0%
850 - 900	1	1	90
%	0,0%	0,0%	0,0%
900 - 950	3	0	124
%	0,0%	0,0%	0,0%
950 - 1.000	0	3	77
%	0,0%	0,0%	0,0%
1.000 o más	1	1	317
%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	55.221	21.343	1.694.300

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

Con respecto al ingreso permanente (pensiones y rentas) presentadas en el Cuadro N° 46, la diferencia se hace mínima entre la población total y la población dependiente. Ambos grupos concentran la mayor cantidad de personas en el primer rango de ingresos y en el rango entre \$150 mil y \$200 mil.

Cuadro N° 46: Dependientes por rango de ingreso permanente

Rango Ingreso permanente	Dependencia moderada	Dependencia severa	Total
0 - 50	27.896	10.803	862.001
%	50,52%	50,62%	50,88%
50 - 100	5.115	2.065	163.588
%	9,26%	9,68%	9,66%
100 - 150	5.622	2.157	259.793
%	10,18%	10,11%	15,33%
150 - 200	13.754	5.257	341.701
%	24,91%	24,63%	20,17%
200 - 250	1.848	628	43.530
%	3,35%	2,94%	2,57%
250 - 300	400	155	10.823
%	0,72%	0,73%	0,64%
300 - 350	251	102	5.611
%	0,45%	0,48%	0,33%
350 - 400	128	58	2.963

Subsecretaría de Previsión Social

<i>Rango Ingreso permanente</i>	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Total</i>
%	0,23%	0,27%	0,17%
400 - 450	77	48	1.643
%	0,14%	0,22%	0,10%
450 - 500	50	25	910
%	0,09%	0,12%	0,05%
500 - 550	24	18	558
%	0,04%	0,08%	0,03%
550 - 600	10	8	346
%	0,02%	0,04%	0,02%
600 - 650	17	4	232
%	0,03%	0,02%	0,01%
650 - 700	13	5	131
%	0,02%	0,02%	0,01%
700 - 750	4	2	96
%	0,01%	0,01%	0,01%
750 - 800	3	3	104
%	0,01%	0,01%	0,01%
800 - 850	6	2	88
%	0,01%	0,01%	0,01%
850 - 900	1	1	26
%	0,00%	0,00%	0,00%
900 - 950	2	0	33
%	0,00%	0,00%	0,00%
950 - 1.000	0	1	36
%	0,00%	0,00%	0,00%
1.000 o más	0	1	87
%	0,00%	0,00%	0,01%
Total	55.221	21.343	1.694.300

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

Los ingresos del trabajo muestran la situación más desmejorada, Cuadro N° 47, es de esperar, evidentemente, que los dependientes no trabajen, y por tanto es bastante lógico que casi el 100% de los dependientes tengan menos de \$50 mil como ingreso por concepto de trabajo.

Cuadro N° 47: Dependientes por rango de ingreso del trabajo

<i>Rango Ingreso del trabajo</i>	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Total</i>
0 - 50	54.370	20.912	1.499.672
%	98,46%	97,98%	88,51%
50 - 100	375	179	80.621
%	0,68%	0,84%	4,76%
100 - 150	286	153	58.054
%	0,52%	0,72%	3,43%
150 - 200	100	56	32.178
%	0,18%	0,26%	1,90%
200 - 250	39	15	11.870
%	0,07%	0,07%	0,70%

Subsecretaría de Previsión Social

<i>Rango Ingreso del trabajo</i>	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Total</i>
250 - 300	22	13	5.017
%	0,04%	0,06%	0,30%
300 - 350	12	7	2.998
%	0,02%	0,03%	0,18%
350 - 400	1	4	1.210
%	0,00%	0,02%	0,07%
400 - 450	6	2	910
%	0,01%	0,01%	0,05%
450 - 500	2	0	379
%	0,00%	0,00%	0,02%
500 - 550	4	0	480
%	0,01%	0,00%	0,03%
550 - 600	2	0	138
%	0,00%	0,00%	0,01%
600 - 650	0	0	203
%	0,00%	0,00%	0,01%
650 - 700	0	0	84
%	0,00%	0,00%	0,00%
700 - 750	1	0	108
%	0,00%	0,00%	0,01%
750 - 800	0	1	45
%	0,00%	0,00%	0,00%
800 - 850	0	1	185
%	0,00%	0,00%	0,01%
850 - 900	0	0	7
%	0,00%	0,00%	0,00%
900 - 950	0	0	13
%	0,00%	0,00%	0,00%
950 - 1.000	0	0	7
%	0,00%	0,00%	0,00%
1.000 o más	1	0	121
%	0,00%	0,00%	0,01%
<i>Total</i>	55.221	21.343	1.694.300

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

Al analizar por rango de pensión, Cuadro N° 48, se observa la misma tendencia que en el caso de los ingresos, con más del 50% en un rango de ingresos menores a \$50.000, y más del 95% de los pensionados con ingreso menor a \$200.000 mensual.

Cuadro N° 48: Dependientes por rango de pensión

<i>Rango Ingreso por pensión</i>	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Total</i>
0 - 50	28.474	10.994	883.444
%	51,56%	51,51%	52,14%
50 - 100	5.123	2.088	161.580
%	9,28%	9,78%	9,54%
100 - 150	5.434	2.090	256.039
%	9,84%	9,79%	15,11%
150 - 200	13.716	5.262	337.950
%	24,84%	24,65%	19,95%
200 - 250	1.715	585	37.921
%	3,11%	2,74%	2,24%
250 - 300	314	119	8.075
%	0,57%	0,56%	0,48%
300 - 350	207	87	4.215
%	0,37%	0,41%	0,25%
350 - 400	102	45	2.302
%	0,18%	0,21%	0,14%
400 - 450	52	31	1.155
%	0,09%	0,15%	0,07%
450 - 500	36	17	632
%	0,07%	0,08%	0,04%
500 - 550	20	12	344
%	0,04%	0,06%	0,02%
550 - 600	8	6	218
%	0,01%	0,03%	0,01%
600 - 650	9	2	136
%	0,02%	0,01%	0,01%
650 - 700	5	3	68
%	0,01%	0,01%	0,00%
700 - 750	1	0	42
%	0,00%	0,00%	0,00%
750 - 800	3	1	82
%	0,01%	0,00%	0,00%
800 - 850	1	1	36
%	0,00%	0,00%	0,00%
850 - 900	1	0	13
%	0,00%	0,00%	0,00%
900 - 950	0	0	9
%	0,00%	0,00%	0,00%
950 - 1.000	0	0	14
%	0,00%	0,00%	0,00%
1.000 o más	0	0	25
%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	55.221	21.343	1.694.300

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuando se considera el ingreso familiar, Cuadro N° 49, tenemos que las familias compuestas con dependientes se encuentran con ingresos sesgadas a los rangos bajos, 66% inferior a los \$200.000.

Cuadro N° 49: Dependientes por rango de pensión

Rango Ingreso familiar	Dependencia moderada	Dependencia severa	Total
0 - 50	16.856	6.855	327.332
%	30,52%	32,12%	19,32%
50 - 100	3.751	1.612	141.468
%	6,79%	7,55%	8,35%
100 - 150	5.123	1.941	217.791
%	9,28%	9,09%	12,85%
150 - 200	10.806	3.956	279.048
%	19,57%	18,54%	16,47%
200 - 250	3.249	1.146	123.314
%	5,88%	5,37%	7,28%
250 - 300	2.724	989	121.709
%	4,93%	4,63%	7,18%
300 - 350	4.778	1.807	169.330
%	8,65%	8,47%	9,99%
350 - 400	1.575	585	62.826
%	2,85%	2,74%	3,71%
400 - 450	1.419	545	54.375
%	2,57%	2,55%	3,21%
450 - 500	1.145	452	44.354
%	2,07%	2,12%	2,62%
500 - 550	597	247	27.778
%	1,08%	1,16%	1,64%
550 - 600	613	254	28.207
%	1,11%	1,19%	1,66%
600 - 650	1.271	453	44.693
%	2,30%	2,12%	2,64%
650 - 700	412	172	16.382
%	0,75%	0,81%	0,97%
700 - 750	337	125	11.224
%	0,61%	0,59%	0,66%
750 - 800	227	63	7.136
%	0,41%	0,30%	0,42%
800 - 850	86	31	4.420
%	0,16%	0,15%	0,26%
850 - 900	53	27	3.018
%	0,10%	0,13%	0,18%
900 - 950	58	20	2.530
%	0,11%	0,09%	0,15%
950 - 1.000	26	13	1.650
%	0,05%	0,06%	0,10%
1.000 o más	115	50	5.715
%	0,21%	0,23%	0,34%
Total	55.221	21.343	1.694.300

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

Subsecretaría de Previsión Social

c) Dependientes por estructura del hogar

Del total de la muestra, Cuadro N° 50, un 55% de los encuestados declaran ser jefes de hogar. De estos casi 940.000 individuos, 24.000 se declaran bajo dependencia moderada lo que equivale a un 2,6% del total de jefes de hogar y un 44% del total de dependientes moderados. El resto corresponde a individuos encuestados y que no son jefes de hogar (56% de éstos). Con respecto a la dependencia severa, de los jefes de hogar de la muestra solo un 0,9% declara encontrarse en esta categoría, esto corresponde a un 38% del total de los encuestados, los casos restantes, 13.000, que equivalen a un 62% corresponden a individuos que no son jefes de sus respectivos hogares.

Cuadro N° 50: Dependientes por estructura del hogar

<i>Jefe de hogar</i>	Dependientes Moderados			Dependientes Severos		
	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>Total</i>	<i>No</i>	<i>Sí</i>	<i>Total</i>
<i>No</i>	723.640	31.137	754.777	741.504	13.273	754.777
<i>% total no jefes de hogar</i>	95,87%	4,13%	100%	98,24%	1,76%	100%
<i>% total grupos dependencia</i>	44,15%	56,39%	44,55%	44,32%	62,19%	44,55%
<i>Sí</i>	915.439	24.084	939.523	931.453	8.070	939.523
<i>% total si jefes de hogar</i>	97,44%	2,56%	100%	99,14%	0,86%	100%
<i>% total grupos dependencia</i>	55,85%	43,61%	55,45%	55,68%	37,81%	55,45%
<i>Total</i>	1.639.079	55.221	1.694.300	1.672.957	21.343	1.694.300
<i>% total muestra</i>	96,74%	3,26%	100%	98,74%	1,26%	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

Al analizar por tamaño de hogar, Cuadro N° 51, el 93,7% se concentra en hogares de entre uno y cuatro personas, concentrándose principalmente en hogares de uno, dos y cuatro miembros.

Cuadro N° 51 Dependientes por tamaño del hogar

Tamaño del hogar	Dep. moderada	Dep.severa	Total
1	25.464	10.442	497.562
%	46,1%	48,9%	29,4%
2	10.917	3.969	375.470
%	19,8%	18,6%	22,2%
3	2.981	1.214	119.025
%	5,4%	5,7%	7,0%
4	13.157	4.584	595.112
%	23,8%	21,5%	35,1%
5	1.989	826	65.855
%	3,6%	3,9%	3,9%
6	494	211	28.164
%	0,9%	1,0%	1,7%
7	104	43	4.165
%	0,2%	0,2%	0,2%
8	67	34	5.672
%	0,1%	0,2%	0,3%
9	25	9	756
%	0,0%	0,0%	0,0%
10 o más	23	11	2519
%	0,0%	0,1%	0,1%
<i>Total</i>	55.221	21.343	1.694.300

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a FPS.

3.6. Matriz Transición dependientes EPS

La matriz de transición, Cuadro N° 52, nos muestra el algoritmo para la obtención de los dependientes, y las tasas de crecimiento obtenidas. La primera columna representa una definición general de dependencia, de la cual se eliminan algunas personas en base al mismo criterio utilizado anteriormente para definir dependientes en la EPS 2009. Al final, se calcula una variación anual para cada grupo etario, para el total y para el total mayor de 65 años, por género. Se puede ver que en el grupo mayor de 65 años la dependencia aumenta a una tasa anual de 10,7%, mientras que en el grupo general, aumenta un 13,7%. Para las mujeres el aumento de la dependencia es mayor a nivel general (15,6%) sin embargo entre los mayores de 65 años el crecimiento de los hombres dependientes es mayor (16,0%).

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 52: Matriz de Transición dependientes EPS 2006 – 2009

EDAD	(1) Dependientes 2006 "bruto"		(2) Solicitaron invalidez por mutualidad		(3) Invalidez temporal		(4) Mutualidad & temporal		(5) Dependientes 2006 final [(1) - (2) - (3) + (4)]		(6) Dependientes 2009 "bruto"		(7) Solicitaron invalidez por mutualidad		(8) Invalidez temporal		(9) Mutualidad & temporal		(10) Dependientes 2009 [(6) - (7) - (8) + (9)]		Variación anual	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
15-20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%
20-25	13530	1803	8868	0	0	0	0	0	4662	1803	0	7978	0	0	0	0	0	0	7978	-100,0%	64,2%	
25-30	4881	5774	0	0	0	0	0	0	4881	5774	4309	1627	0	0	2696	633	0	0	1613	994	-30,9%	-44,4%
30-35	8622	5425	0	0	1969	2012	0	0	6653	3413	5976	4066	0	977	2290	0	0	0	3686	3089	-17,9%	-3,3%
35-40	13820	5579	1220	0	2939	1554	0	0	9661	4025	15255	6864	1093	0	2798	1718	1093	0	12457	5146	8,8%	8,5%
40-45	9222	8864	458	0	657	2177	0	0	8107	6687	17700	13117	0	0	4531	3100	0	0	13169	10017	17,6%	14,4%
45-50	12314	12951	565	0	1897	4219	0	0	9852	8732	20161	18288	509	0	3103	3217	0	0	16549	15071	18,9%	20,0%
50-55	14920	15365	1312	1166	4530	3666	0	545	9078	11078	19629	34419	123	0	3680	10734	123	0	15949	23685	20,7%	28,8%
55-60	27640	21894	2341	0	6109	2095	147	0	19337	19799	32071	41586	2088	0	8356	2600	0	0	21627	38986	3,8%	25,3%
60-65	25294	13822	1779	0	9747	2728	984	0	14752	11094	43290	33114	1732	0	14595	2762	274	0	27237	30352	22,7%	39,9%
65-70	15542	13327	2407	0	4146	1187	340	0	9329	12140	21996	16707	657	0	4677	886	473	0	17135	15821	22,5%	9,2%
70-75	12629	15234	725	0	2875	1106	0	0	9029	14128	19807	12244	447	0	4925	1359	0	0	14435	10885	16,9%	-8,3%
75-80	12855	16481	1015	0	1765	1052	0	0	10075	15429	17257	17736	714	0	4177	518	714	0	13080	17218	9,1%	3,7%
80-85	2799	11200	0	0	329	346	0	0	2470	10854	11209	23871	0	0	1412	427	0	0	9797	23444	58,3%	29,3%
85-90	7724	16475	0	0	329	0	0	0	7395	16475	5209	17891	0	0	286	0	0	0	4923	17891	-12,7%	2,8%
90-95	2550	8040	0	0	0	0	0	0	2550	8040	1682	9651	0	0	0	0	0	0	1682	9651	-13,0%	6,3%
95-100	0	3104	0	0	0	0	0	0	0	3104	2736	4212	0	0	0	0	0	0	2736	4212	0,0%	10,7%
100-105	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	554	0	0	0	0	0	0	0	554	0,0%	0,0%
105-110	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	657	0	0	0	0	0	0	0	657	0,0%	0,0%
Total	184342	175338	20690	1166	37292	22142	1471	545	127831	152575	238287	264582	7363	977	57526	27954	2677	0	176075	235651	11,3%	15,6%
Total >=65	54099	83861	4147	0	9444	3691	340	0	40848	80170	79896	103523	1818	0	15477	3190	1187	0	63788	100333	16,0%	7,8%
Total	359680	21856	59434	2016	280406	502869	8340	85480	2677	411726	13,7%											
Total >=65	137960	4147	13135	340	121018	183419	1818	18667	1187	164121	10,7%											

4. CONCLUSIONES DE LA PRIMERA PARTE

Según el criterio estricto, en el país el año 2009 existían 156.889 adultos mayores dependientes. Los dependientes severos son el 12,22% de los adultos mayores. Los adultos mayores dependientes postrados, representan tan solo el 1,14% del total, representando a un 9,32% de los dependientes estrictos. La mayor concentración de dependientes se encuentra en los tramos de edad de 75-79 y 85 y más años.

Alrededor del 80% de los hogares con un adulto mayor dependiente están conformados por un grupo de cinco personas incluyendo al dependiente y casi el 70% de los dependientes, sin importar criterio de selección, cursó como máximo Humanidades. Cerca del 17% carece de educación formal.

Cerca de un 80% de los dependientes posee un ingreso inferior a \$200.000, independiente del criterio utilizado. Un 50% de los dependientes según el criterio estricto vive con un ingreso menor a \$100.000, en cambio bajo el criterio amplio esta cifra cae a un 44%. Considerando un ingreso mayor a \$500.000, para el grupo de dependientes estricto menos del 1% de ellos se encuentra en este grupo, en cambio al ampliar el criterio encontramos que el 2,2% logra este ingreso. Más del 95% sin importar criterio, tiene un ingreso per cápita menor a \$200.000 y más del 60% de los dependientes tienen ingresos menores a \$100.000, situación que demuestra la vulnerabilidad económica de este grupo. Sobre el 90% de las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria tienen un ingreso per cápita inferior a \$100.000.

A nivel nacional más de un 90% de los dependientes se encuentra en la zona centro sur del país independiente del criterio de análisis que se utilice.

Es posible verificar la 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 auto percepción de restricción de su autovalencia

El sedentarismo alcanza un 96,1% de la población mayor, con un aumento gradual conforme la edad. La prevalencia de riesgo cardiovascular alto aumenta según la edad, y significativamente a partir de los 45 años. La misma tendencia se observa respecto a la

Subsecretaría de Previsión Social

prevalencia de riesgo cardiovascular muy alto. La obesidad asciende con el grupo etario también y la prevalencia de obesidad en mujeres es mayor que en hombres. En el caso de obesidad mórbida, un 4,29% en los mayores de 65 años la padecen.

Los síntomas respiratorios crónicos también aumentan en prevalencia con la edad. La prevalencia de diabetes alcanza un 25,8% en adultos mayores de 65 años, mientras que la nacional fue de 9,4%.

Los mayores de 65 años presentan mayor discapacidad para realización de actividades como bañarse, vestirse, comer y salir de la cama. Un 2,2% de los sujetos del grupo de 45 a 64 años tiene muchas o demasiadas dificultades. Entre los adultos mayores, esta cifra aumenta a más de 3 veces. La dificultad para realizar las tareas del trabajo y del hogar alcanzan hasta un 17,5% en los adultos mayores de 65 años, con 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 términos de género se observa que existe una mayor proporción de dependientes de género femenino, hecho que puede tener su origen en la mayor esperanza de vida de este grupo de la población.

Finalmente de acuerdo a lo analizado en las distintas encuestas, es posible estimar que la población dependiente de nuestro país estaría acotada entre 76.000 personas (FPS), con una estimación media de 160.000 (EDPM y EPS), con un máximo de 200.000 (CASEN).

CAPITULO II: PROPUESTA SEGURO OBLIGATORIO DE DEPENDENCIA.

1. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES POBLACIONALES

1.1. Metodología

Las proyecciones demográficas que comprende este apartado han sido desarrolladas de acuerdo al criterio de tabla de vida actual (period lifetable), la cual contiene la misma información que la tabla de vida de una cohorte, pero en esta se trata de reflejar los efectos que tendía la mortalidad en esa población.

Complementariamente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha concluido que independiente de la metodología empleada para la construcción de una tabla de vida, y los supuestos empleados, cuando se aplican las tasas de mortalidad actuales, estas no implican mayores diferencias en el análisis de la mortalidad; es más se estima que el error en la esperanza de vida al nacer será del orden de los 0,2 años solamente.

Una vez construida la tabla de vida, se procede a realizar las proyecciones de la población en base a la metodología del Componente de Cohorte (Cohort Component), la que actualmente es el único método empleado en la realización de proyecciones de población, implementado por las Naciones Unidas (1999) y el United States Bureau of Census (1996).

El método anteriormente enunciado, consiste en segmentar a la población en diferentes subgrupos (por edad) diferenciándolos en lo referido a los “riesgos” de fertilidad, mortalidad, y migración, computando estos cambios en cada subgrupo. En toda población estos “riesgos”, están asociados a la edad y sexo de los integrantes de la esta.

Esta metodología se caracteriza por ser un modelo de las dinámicas de población de carácter continuo; las características de la población son calculadas en determinados momentos del tiempo, separados por la duración del intervalo. Las proyecciones de población, usualmente son divididas en intervalos, de la misma duración, que los intervalos de edad empleados en las tablas de vida, lo cual permite hacer proyecciones consistentes en lo referido a las tasas específicas utilizadas en los grupos de edad.

1.2. Población Nacional

1.2.1. Supuestos

- Tasa de natalidad igual: Tasas específicas por tramo de edad para la población Chilena el año 2010, según las estadísticas vitales del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.
- Población cerrada a la migración: se asume que en términos generales, los efectos de la migración tendrán efectos mínimos en el grupo de población de estudio.
- Todas las proyecciones demográficas que se realizan en esta sección, tienen como fuente primaria de información las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2002.
- Tasas de mortalidad por sexo, edad, región y comuna provienen de las estadísticas vitales que elabora el DEIS del Ministerio de Salud.
- Fueron considerados grupos de 5 años para la elaboración de las proyecciones demográficas, de acuerdo a la información disponible para la realización de ellas.

1.2.2. Proyección

Basados en la información del Censo 2002, y de acuerdo a los supuestos enunciados con anterioridad, se procedió a proyectar la evolución de la población mayor de 65 años de edad por genero para el periodo 2013 – 2065, Cuadro N° 53. Dicha proyección se encuentra alineada con la realizada por INE – CELADE, para el periodo 2005 – 2020, teniendo un margen de error menor al 1%.

La relevancia de tener un bajo margen de error entre la metodología utilizada por los consultores y las proyecciones realizadas por el INE, es fundamental, ya que será vital al momento de proyectar a la población dependiente del país, debido a que se realizará esto por un periodo de tiempo mayor.

Al focalizar el análisis en el grupo beneficiario para un seguro de protección a la dependencia, es decir aquellos mayores de 65 años, el margen de error se incrementa en un 2% y 2.8% para hombres y mujeres respectivamente. Lo anterior puede ser explicado por las diferentes tasas de natalidad y mortalidad utilizadas en la proyección de los

Subsecretaría de Previsión Social

consultores y al suponer que el grupo no se ve afectado por la migración. En términos de personas mayores de 65 años se espera que al 2020 existan dos millones en esta categoría (2.200.000 INE y 2.150.000 Consultores), los cuales seguirán incrementándose a una tasa promedio anual del 1,7% al 2030, para luego rondar el 1% por el resto del periodo proyectado.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 53: Proyecciones poblacionales 2013 – 2065

Año	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Proyección INE - CELADE	17.556.815	17.711.004	17.865.185	18.001.964	18.138.749	18.275.530	18.412.316	18.549.095	-	-	-
Proyección CIEDESS	17.459.439	17.597.666	17.735.893	17.874.120	18.012.348	18.140.693	18.269.039	18.397.385	18.525.731	18.654.077	18.762.113
Margen error Consultores	-0,56%	-0,64%	-0,73%	-0,72%	-0,70%	-0,74%	-0,78%	-0,82%	-	-	-
Población 65+ INE - CELADE	1.718.626	1.777.582	1.836.538	1.909.741	1.982.946	2.056.151	2.129.355	2.202.559	-	-	-
Población 65+ CIEDESS	1.696.447	1.754.712	1.812.978	1.871.243	1.929.508	2.002.868	2.076.227	2.149.586	2.222.945	2.296.305	2.385.379
Margen error Consultores	1,29%	1,29%	1,28%	2,02%	2,69%	2,59%	2,50%	2,41%	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ INE - CELADE		3,3%	3,2%	3,8%	3,7%	3,6%	3,4%	3,3%	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ CIEDESS		3,3%	3,2%	3,1%	3,0%	3,7%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%	3,7%
Hombres 65+ INE - CELADE	742.082	769.226	796.370	829.942	863.516	897.088	930.661	964.234	-	-	-
Hombres 65+ CIEDESS	734.476	761.578	788.680	815.783	842.885	876.898	910.910	944.922	978.935	1.012.947	1.053.929
Margen error Consultores	-1,04%	-1,00%	-0,97%	-1,74%	-2,45%	-2,30%	-2,17%	-2,04%	-	-	-
Mujeres 65+ INE - CELADE	976.544	1.008.356	1.040.168	1.079.799	1.119.430	1.159.063	1.198.694	1.238.325	-	-	-
Mujeres 65+ CIEDESS	961.971	993.134	1.024.297	1.055.460	1.086.623	1.125.970	1.165.317	1.204.664	1.244.011	1.283.358	1.331.450
Margen error Consultores	-1,51%	-1,53%	-1,55%	-2,31%	-3,02%	-2,94%	-2,86%	-2,79%	-	-	-

Año	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Proyección INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proyección CIEDESS	18.870.149	18.978.185	19.086.221	19.194.257	19.274.705	19.355.152	19.435.600	19.516.048	19.596.495	19.647.668	19.698.840
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ CIEDESS	2.474.454	2.563.528	2.652.603	2.741.677	2.824.623	2.907.569	2.990.515	3.073.461	3.156.407	3.215.199	3.273.991
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ CIEDESS	3,6%	3,5%	3,4%	3,2%	2,9%	2,9%	2,8%	2,7%	2,6%	1,8%	1,8%

Subsecretaría de Previsión Social

Año	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Hombres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombres 65+ CIEDESS	1.094.911	1.135.893	1.176.875	1.217.857	1.255.362	1.292.867	1.330.373	1.367.878	1.405.383	1.431.327	1.457.271
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ CIEDESS	1.379.543	1.427.635	1.475.728	1.523.820	1.569.261	1.614.702	1.660.143	1.705.584	1.751.024	1.783.872	1.816.720
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Año	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045
Proyección INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proyección CIEDESS	19.750.013	19.801.186	19.852.358	19.877.869	19.903.380	19.928.891	19.954.402	19.979.913	19.988.151	19.996.389	20.004.626
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ CIEDESS	3.332.783	3.391.575	3.450.367	3.485.836	3.521.304	3.556.772	3.592.240	3.627.708	3.652.743	3.677.778	3.702.814
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ CIEDESS	1,8%	1,7%	1,7%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,7%	0,7%	0,7%
Hombres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombres 65+ CIEDESS	1.483.215	1.509.159	1.535.103	1.550.506	1.565.909	1.581.312	1.596.714	1.612.117	1.623.348	1.634.578	1.645.808
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ CIEDESS	1.849.568	1.882.416	1.915.264	1.935.329	1.955.395	1.975.460	1.995.525	2.015.591	2.029.396	2.043.201	2.057.006
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Año	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056
Proyección INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Subsecretaría de Previsión Social

Año	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056
Proyección CIEDESS	20.012.864	20.021.101	20.018.475	20.015.848	20.013.221	20.010.594	20.007.967	19.994.911	19.981.855	19.968.799	19.955.743
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ CIEDESS	3.727.849	3.752.884	3.792.643	3.832.402	3.872.161	3.911.920	3.951.679	3.997.847	4.044.015	4.090.183	4.136.352
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ CIEDESS	0,7%	0,7%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,2%	1,1%	1,1%	1,1%
Hombres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombres 65+ CIEDESS	1.657.038	1.668.269	1.686.928	1.705.588	1.724.248	1.742.908	1.761.567	1.783.060	1.804.553	1.826.045	1.847.538
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ CIEDESS	2.070.811	2.084.616	2.105.715	2.126.814	2.147.913	2.169.013	2.190.112	2.214.787	2.239.463	2.264.138	2.288.814
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Año	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067
Proyección INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proyección CIEDESS	19.942.687	19.917.256	19.891.825	19.866.394	19.840.964	19.815.533	19.776.768	19.738.003	19.699.237	19.660.472	19.621.707
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ CIEDESS	4.182.520	4.210.978	4.239.436	4.267.894	4.296.352	4.324.810	4.374.623	4.424.435	4.474.247	4.524.059	4.573.871
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ CIEDESS	1,1%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%
Hombres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombres 65+ CIEDESS	1.869.031	1.881.720	1.894.410	1.907.100	1.919.789	1.932.479	1.955.444	1.978.409	2.001.374	2.024.339	2.047.304

Subsecretaría de Previsión Social

Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ CIEDESS	2.313.489	2.329.257	2.345.026	2.360.794	2.376.563	2.392.331	2.419.178	2.446.026	2.472.873	2.499.720	2.526.567
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Total	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077
Proyección INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Proyección CIEDESS	19.572.891	19.524.074	19.475.258	19.426.442	19.377.626	19.324.909	19.272.193	19.219.476	19.166.759	19.114.043
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Población 65+ CIEDESS	4.544.931	4.515.991	4.487.052	4.458.112	4.429.172	4.406.403	4.383.634	4.360.865	4.338.096	4.315.327
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa Crecimiento 65+ CIEDESS	-0,6%	-0,6%	-0,6%	-0,6%	-0,7%	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-0,5%
Hombres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hombres 65+ CIEDESS	2.033.122	2.018.939	2.004.757	1.990.574	1.976.392	1.965.841	1.955.290	1.944.738	1.934.187	1.923.636
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ INE - CELADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres 65+ CIEDESS	2.511.810	2.497.052	2.482.295	2.467.537	2.452.780	2.440.562	2.428.344	2.416.126	2.403.909	2.391.691
Margen error Consultores	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a INE, Estadísticas Vitales de la población

1.3. Población Dependiente

A partir de las estimaciones de proporción de dependencia en diversas encuestas y las proyecciones de población de la sección anterior, se construye la evolución de la cantidad de adultos mayores dependientes. Como ya fue señalado, los análisis se realizan sobre el grupo etario objetivo, es decir, personas de 65 y más años, bajo el nivel de dependencia severo y criterio estricto.

En esta estimación se consideran las dos opciones extremas según los resultados obtenidos en el Capítulo I, es decir, la Encuesta Nacional de Dependencia en Personas Mayores (EDPM) y la Ficha de Protección Social (FPS). No obstante, la primera opción sería de mayor representatividad dado su enfoque exclusivo a tal condición en los adultos mayores⁵. Cabe recordar que la EPS 2009 presenta niveles similares a la EDPM. Por consiguiente, se obtiene un intervalo de posibles resultados a través de dichas encuestas.

Tomando como base los resultados de la EDPM y la muestra de la FPS, se toma la proporción de dependientes en formato de porcentaje para cada subdivisión –grupo etario y género–, y se aplica a la proyección de adultos mayores respectiva, según las estimaciones registradas en la sección anterior. Esto nos entrega una coherencia en la magnitud de las cifras a nivel agregado y por segmento.

Respecto a la variación anual de la proporción de dependencia, se omite la matriz de transición derivada de la EPS entre 2006 y 2009, debido a la gran dispersión de los resultados, tanto por grupo de edad como por género. En reemplazo, se considera la variación promedio registrada por Estados Unidos según el informe de tendencias de la grave discapacidad entre las personas de edad avanzada de la OCDE (Lafortune et al, 2007), donde se registra la proporción de adultos mayores de 65 y más años en dependencia. El promedio total para tal segmento en el período analizado en el estudio, 1992-2004, es equivalente a un descenso de 1,4% anual (el cual se separa según tramo de edad correspondiente de acuerdo a los datos del mismo informe).

Adicionalmente, se sostiene que la mejor calidad de vida en el país seguirá incrementándose producto de mejores niveles educacionales, programas de apoyo al bienestar de la salud, iniciativas preventivas de enfermedades en edad más temprana, mayores hábitos de vida sana, una mayor cultura deportiva, etc. Lo anterior genera un impacto mayor en este factor de reducción anual de proporciones de dependencia. Pese a no contar con herramientas para determinar el impacto de estos últimos factores, se establece un factor inicial base de 1,4%,

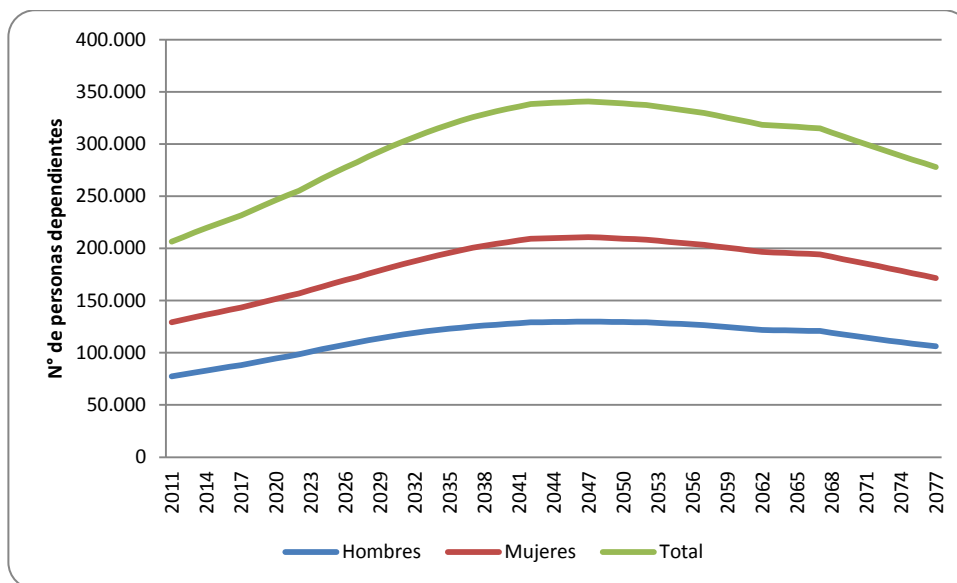
⁵Según este criterio, en el país al año 2009 existían 156.889 adultos mayores dependientes, representando el 12,22% de las personas de 65 y más años.

Subsecretaría de Previsión Social

que varía según dos escenarios de simulación: base de 0%, optimista de 0,5% y pesimista de -0,5%⁶. Es relevante señalar que esta reducción en la prevalencia de las situaciones de dependencia se produciría de forma paulatina y con mayor efecto en los niveles de menor grado, por lo que, al tratarse de dependencia severa, se asume esta tasa de variación fija, cuyas sensibilizaciones generarían cambios en el largo plazo.

Suponiendo el escenario base y la EDPM, se observa un crecimiento sostenido en el número de dependientes hasta el año 2048, explicado en gran medida por el incremento de la población de 80 y más años (donde a su vez existe la mayor proporción de dependencia), según se muestra en el Gráfico N° 4. Esto último contrasta con los otros tramos de edad, los que permanecen relativamente estables en el tiempo. Para el año 2014 se espera un total de 220 mil adultos mayores dependientes, de los cuales 120 mil tendrán 80 o más años.

Gráfico N° 4: Proyección de población dependiente según grupo de edad (base EDPM)



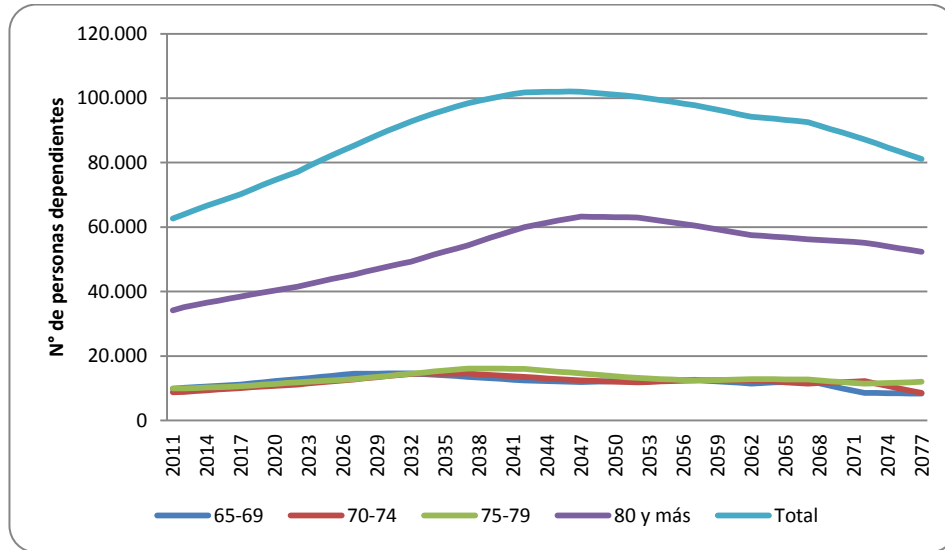
Fuente: EDPM.
Elaboración propia.

Suponiendo el escenario base y la FPS, en términos de tendencia y tramos de edad los resultados son similares, sin embargo, el total de dependientes es menor. Según se muestra en el Gráfico N° 5, para el año 2014 se espera un total de 67 mil adultos mayores dependientes, de los cuales 37 mil tendrán 80 o más años.

⁶ Para ver el detalle de estas simulaciones ver Anexo.

Subsecretaría de Previsión Social

Gráfico N° 5: Proyección de población dependiente según grupo de edad (escenario base con FPS)

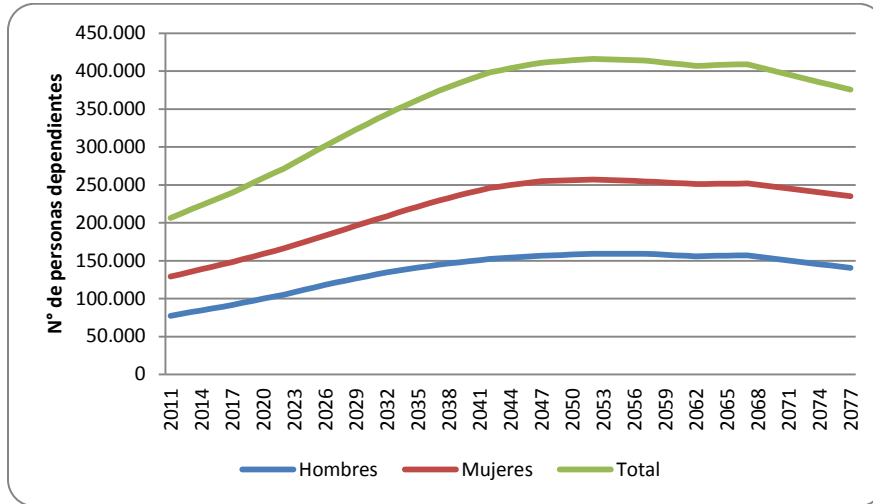


Fuente: FPS.
Elaboración propia.

Otro factor a destacar, es la mayor cantidad de mujeres dependientes, cuya proporción equivale al 62% del total (ver Gráfico N° 6). A esto se suma la mayor expectativa de vida de dicho segmento, aspecto que resulta muy significativo al momento de estimar los costos del seguro (los costos se analizarán con mayor detalle en secciones siguientes). Además, se observa una brecha al alza en la proporción de dependientes mujeres, la que se hará más evidente a partir del año 2030.

Subsecretaría de Previsión Social

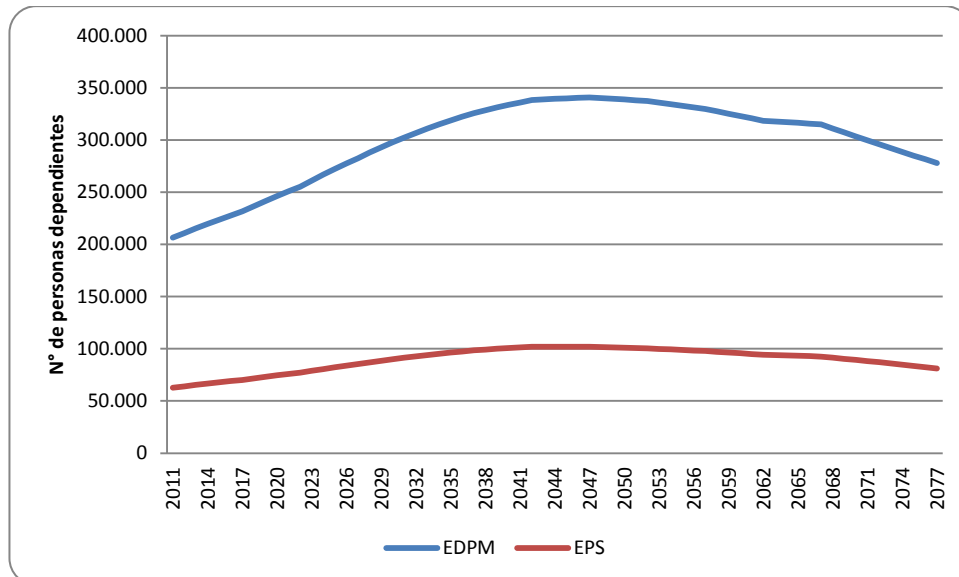
Gráfico N° 6: Proyección de población dependiente según género (escenario base con EDPM)



Fuente: EDPM.
Elaboración propia.

En resumen, se obtienen dos escenarios relevantes según la encuesta utilizada. La evolución del intervalo de dependientes se presenta en el Gráfico N° 7.

Gráfico N° 7: Proyección de población dependiente según tipo de encuesta (escenario base)



Fuente: EDPM y EPS
Elaboración propia.



Subsecretaría de Previsión Social

En el Cuadro N° 54, se presenta la proyección de dependientes por género y tramo de edad para el periodo 2011 – 2077 utilizando la EDPM, mientras que en el Cuadro N° 55, se muestran los resultados de la FPS.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 54: Proyección dependientes por género y tramo de edad 2011 - 2077 (escenario base con EDPM)

Año	Hombres					Mujeres					Total				
	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total
2011	21.898	11.860	8.421	35.179	77.358	16.739	12.486	22.488	77.384	129.097	38.636	24.346	30.909	112.564	206.455
2012	22.326	12.009	8.490	36.420	79.245	17.181	12.710	22.471	79.249	131.611	39.507	24.719	30.961	115.669	210.856
2013	22.764	12.317	8.678	37.423	81.182	17.624	13.110	22.734	80.654	134.122	40.388	25.427	31.412	118.077	215.304
2014	23.183	12.611	8.862	38.392	83.048	18.061	13.505	22.983	81.995	136.543	41.243	26.116	31.844	120.388	219.591
2015	23.582	12.893	9.041	39.329	84.845	18.490	13.893	23.218	83.275	138.877	42.073	26.786	32.259	122.604	223.722
2016	23.963	13.162	9.215	40.234	86.574	18.914	14.276	23.441	84.495	141.126	42.876	27.438	32.656	124.729	227.700
2017	24.325	13.420	9.384	41.108	88.237	19.330	14.653	23.652	85.657	143.292	43.655	28.073	33.036	126.765	231.529
2018	24.987	13.683	9.680	42.085	90.435	20.000	15.031	24.183	86.957	146.171	44.987	28.714	33.863	129.042	236.607
2019	25.622	13.935	9.969	43.028	92.554	20.659	15.404	24.692	88.197	148.951	46.281	29.338	34.661	131.225	241.505
2020	26.230	14.175	10.251	43.939	94.594	21.309	15.770	25.179	89.376	151.635	47.539	29.945	35.430	133.315	246.229
2021	26.812	14.403	10.525	44.817	96.558	21.949	16.131	25.646	90.497	154.223	48.761	30.534	36.171	135.315	250.781
2022	27.369	14.621	10.793	45.664	98.447	22.580	16.487	26.092	91.562	156.720	49.948	31.108	36.885	137.226	255.167
2023	28.018	15.019	11.069	46.840	100.946	23.314	17.057	26.530	93.212	160.113	51.332	32.077	37.599	140.052	261.059
2024	28.640	15.401	11.338	47.975	103.353	24.037	17.620	26.948	94.790	163.394	52.677	33.021	38.285	142.765	266.747
2025	29.234	15.766	11.600	49.072	105.672	24.749	18.174	27.347	96.295	166.565	53.984	33.940	38.946	145.366	272.236
2026	29.803	16.116	11.855	50.130	107.904	25.451	18.720	27.727	97.730	169.628	55.253	34.836	39.582	147.860	277.531
2027	30.345	16.450	12.104	51.151	110.051	26.142	19.258	28.088	99.097	172.585	56.487	35.708	40.192	150.248	282.636
2028	30.282	16.841	12.505	52.392	112.020	26.325	19.884	28.806	100.826	175.841	56.607	36.725	41.311	153.218	287.861
2029	30.213	17.215	12.897	53.590	113.914	26.505	20.501	29.494	102.477	178.977	56.718	37.715	42.391	156.067	292.891
2030	30.138	17.572	13.280	54.746	115.736	26.682	21.108	30.154	104.052	181.996	56.819	38.680	43.434	158.798	297.732
2031	30.058	17.914	13.653	55.862	117.486	26.854	21.707	30.787	105.552	184.901	56.912	39.620	44.440	161.415	302.387
2032	29.973	18.240	14.017	56.938	119.167	27.023	22.296	31.393	106.981	187.694	56.996	40.536	45.410	163.919	306.861
2033	29.396	18.201	14.433	58.460	120.490	26.738	22.453	32.129	109.192	190.512	56.134	40.654	46.562	167.652	311.002
2034	28.829	18.160	14.838	59.931	121.758	26.456	22.606	32.834	111.309	193.205	55.285	40.766	47.673	171.239	314.963
2035	28.274	18.115	15.234	61.351	122.974	26.176	22.756	33.510	113.332	195.775	54.450	40.871	48.744	174.684	318.749
2036	27.728	18.067	15.620	62.723	124.139	25.899	22.904	34.157	115.266	198.226	53.627	40.971	49.777	177.989	322.364
2037	27.193	18.016	15.997	64.047	125.253	25.624	23.048	34.777	117.111	200.560	52.818	41.064	50.773	181.158	325.813
2038	26.625	17.669	16.055	65.751	126.101	25.302	22.805	34.713	119.658	202.478	51.927	40.474	50.768	185.409	328.578
2039	26.068	17.328	16.112	67.398	126.906	24.983	22.564	34.643	122.096	204.286	51.051	39.893	50.754	189.494	331.192

Subsecretaría de Previsión Social

Año	Hombres					Mujeres					Total				
	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total
2040	25.521	16.994	16.165	68.989	127.670	24.667	22.325	34.567	124.429	205.989	50.189	39.320	50.731	193.418	333.658
2041	24.986	16.667	16.215	70.525	128.393	24.355	22.089	34.485	126.660	207.588	49.341	38.756	50.700	197.185	335.981
2042	24.461	16.345	16.263	72.008	129.077	24.045	21.855	34.397	128.791	209.087	48.506	38.200	50.660	200.799	338.164
2043	24.140	16.003	16.042	73.099	129.284	23.921	21.580	33.735	130.313	209.548	48.060	37.583	49.777	203.412	338.832
2044	23.822	15.668	15.824	74.148	129.463	23.797	21.308	33.085	131.756	209.946	47.619	36.976	48.909	205.904	339.408
2045	23.508	15.340	15.609	75.156	129.613	23.674	21.038	32.448	133.122	210.282	47.182	36.379	48.056	208.278	339.895
2046	23.199	15.018	15.396	76.124	129.737	23.551	20.772	31.822	134.413	210.558	46.750	35.790	47.218	210.537	340.295
2047	22.893	14.703	15.187	77.052	129.834	23.429	20.508	31.208	135.632	210.777	46.322	35.211	46.394	212.684	340.611
2048	23.057	14.510	14.955	77.212	129.733	23.799	20.402	30.545	135.573	210.319	46.856	34.911	45.500	212.785	340.052
2049	23.210	14.319	14.727	77.353	129.609	24.163	20.296	29.894	135.483	209.837	47.373	34.615	44.621	212.836	339.445
2050	23.352	14.130	14.502	77.477	129.461	24.521	20.191	29.257	135.363	209.332	47.873	34.321	43.759	212.840	338.793
2051	23.484	13.944	14.280	77.584	129.291	24.873	20.087	28.632	135.213	208.805	48.356	34.031	42.912	212.798	338.096
2052	23.605	13.760	14.061	77.674	129.100	25.219	19.983	28.020	135.036	208.257	48.824	33.743	42.080	212.710	337.357
2053	23.539	13.859	13.956	77.242	128.595	25.380	20.298	27.630	133.965	207.273	48.919	34.157	41.586	211.206	335.869
2054	23.469	13.951	13.852	76.807	128.079	25.539	20.608	27.245	132.894	206.287	49.008	34.559	41.097	209.701	334.366
2055	23.395	14.036	13.749	76.370	127.550	25.694	20.913	26.866	131.825	205.299	49.089	34.950	40.615	208.195	332.848
2056	23.318	14.115	13.646	75.930	127.010	25.846	21.214	26.492	130.756	204.308	49.164	35.329	40.139	206.687	331.318
2057	23.237	14.188	13.544	75.489	126.458	25.995	21.509	26.124	129.689	203.316	49.231	35.697	39.668	205.178	329.775
2058	22.708	14.149	13.720	74.937	125.514	25.641	21.647	26.303	128.395	201.985	48.349	35.795	40.023	203.332	327.499
2059	22.191	14.106	13.891	74.386	124.575	25.290	21.782	26.470	127.109	200.651	47.481	35.888	40.361	201.495	325.226
2060	21.685	14.062	14.057	73.837	123.641	24.943	21.914	26.626	125.832	199.315	46.628	35.976	40.683	199.669	322.956
2061	21.189	14.016	14.218	73.289	122.711	24.599	22.044	26.770	124.564	197.978	45.788	36.059	40.989	197.853	320.689
2062	20.703	13.967	14.374	72.742	121.786	24.259	22.171	26.904	123.305	196.640	44.963	36.137	41.279	196.047	318.426
2063	20.915	13.649	14.417	72.642	121.624	24.736	21.869	26.839	122.746	196.190	45.651	35.518	41.256	195.388	317.813
2064	21.114	13.338	14.457	72.532	121.442	25.205	21.570	26.769	122.175	195.718	46.320	34.908	41.227	194.706	317.161
2065	21.302	13.034	14.495	72.412	121.243	25.667	21.274	26.695	121.591	195.226	46.969	34.308	41.190	194.003	316.470
2066	21.479	12.736	14.531	72.282	121.027	26.121	20.981	26.617	120.996	194.714	47.600	33.717	41.148	193.277	315.741
2067	21.644	12.444	14.564	72.142	120.794	26.568	20.691	26.535	120.389	194.183	48.212	33.135	41.099	192.531	314.977
2068	20.199	12.571	14.316	72.075	119.161	24.987	21.097	25.943	119.924	191.951	45.186	33.668	40.259	191.999	311.112
2069	18.795	12.691	14.071	71.997	117.554	23.425	21.497	25.364	119.443	189.729	42.220	34.188	39.434	191.440	307.283
2070	17.431	12.804	13.829	71.908	115.972	21.883	21.891	24.796	118.949	187.518	39.314	34.695	38.625	190.857	303.490
2071	16.105	12.910	13.591	71.809	114.415	20.361	22.279	24.239	118.440	185.319	36.466	35.189	37.830	190.249	299.734

Subsecretaría de Previsión Social

Año	Hombres					Mujeres					Total				
	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total
2072	14.818	13.009	13.356	71.699	112.883	18.858	22.660	23.694	117.919	183.131	33.676	35.669	37.050	189.618	296.014
2073	14.671	12.141	13.571	71.129	111.511	18.848	21.311	23.947	116.703	180.809	33.518	33.452	37.518	187.831	292.320
2074	14.524	11.297	13.780	70.561	110.162	18.837	19.979	24.187	115.496	178.498	33.361	31.276	37.967	186.056	288.660
2075	14.379	10.477	13.983	69.995	108.834	18.825	18.664	24.413	114.298	176.201	33.204	29.141	38.396	184.293	285.034
2076	14.235	9.680	14.180	69.431	107.527	18.813	17.366	24.627	113.110	173.915	33.048	27.046	38.807	182.541	281.442
2077	14.091	8.907	14.372	68.871	106.241	18.800	16.084	24.829	111.931	171.643	32.891	24.990	39.201	180.801	277.883

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 55: Proyección dependientes por tramo de edad 2011 - 2077 (escenario base con FPS)

Año	Total				Total
	65-69	70-74	75-79	80 y más	
2011	9.864	8.746	9.894	34.170	62.673
2012	10.088	8.876	9.910	35.106	63.979
2013	10.314	9.126	10.055	35.827	65.322
2014	10.534	9.369	10.193	36.517	66.614
2015	10.748	9.606	10.326	37.177	67.856
2016	10.955	9.836	10.452	37.806	69.049
2017	11.156	10.059	10.572	38.407	70.194
2018	11.498	10.284	10.835	39.082	71.700
2019	11.832	10.503	11.087	39.727	73.148
2020	12.156	10.715	11.330	40.342	74.542
2021	12.471	10.921	11.563	40.927	75.882
2022	12.777	11.121	11.787	41.485	77.169
2023	13.134	11.462	12.011	42.319	78.926
2024	13.481	11.794	12.226	43.117	80.618
2025	13.818	12.116	12.433	43.880	82.247
2026	14.146	12.430	12.630	44.608	83.814
2027	14.465	12.735	12.819	45.302	85.321
2028	14.498	13.090	13.170	46.172	86.930
2029	14.529	13.436	13.507	47.003	88.475
2030	14.557	13.772	13.831	47.797	89.957
2031	14.583	14.099	14.143	48.554	91.379
2032	14.606	14.416	14.443	49.276	92.740
2033	14.386	14.449	14.798	50.367	94.000
2034	14.169	14.480	15.140	51.411	95.200
2035	13.955	14.508	15.468	52.410	96.342
2036	13.745	14.533	15.784	53.365	97.427
2037	13.537	14.556	16.087	54.278	98.458
2038	13.308	14.337	16.072	55.511	99.228
2039	13.083	14.121	16.054	56.693	99.951
2040	12.861	13.908	16.034	57.824	100.626
2041	12.642	13.698	16.010	58.905	101.255
2042	12.427	13.490	15.983	59.938	101.839
2043	12.311	13.262	15.692	60.669	101.934
2044	12.196	13.037	15.405	61.361	102.000
2045	12.082	12.816	15.124	62.017	102.039
2046	11.969	12.598	14.847	62.638	102.052
2047	11.857	12.383	14.576	63.223	102.040
2048	11.991	12.267	14.283	63.198	101.740
2049	12.121	12.153	13.995	63.158	101.427
2050	12.246	12.039	13.713	63.104	101.102
2051	12.366	11.926	13.436	63.036	100.764
2052	12.482	11.814	13.165	62.955	100.415
2053	12.503	11.948	12.999	62.455	99.904
2054	12.521	12.076	12.836	61.954	99.388
2055	12.538	12.201	12.674	61.455	98.867
2056	12.552	12.320	12.515	60.955	98.342
2057	12.565	12.436	12.357	60.456	97.814
2058	12.334	12.456	12.456	59.860	97.107
2059	12.108	12.475	12.550	59.267	96.399

Subsecretaría de Previsión Social

Año	Total				Total
	65-69	70-74	75-79	80 y más	
2060	11.885	12.491	12.638	58.678	95.692
2061	11.665	12.505	12.721	58.093	94.985
2062	11.449	12.518	12.799	57.512	94.278
2063	11.619	12.288	12.779	57.269	93.955
2064	11.782	12.063	12.756	57.020	93.621
2065	11.941	11.841	12.732	56.764	93.278
2066	12.094	11.622	12.705	56.503	92.925
2067	12.243	11.407	12.677	56.236	92.562
2068	11.468	11.575	12.405	56.031	91.478
2069	10.709	11.739	12.138	55.818	90.403
2070	9.966	11.896	11.876	55.599	89.336
2071	9.238	12.049	11.619	55.372	88.279
2072	8.526	12.197	11.367	55.139	87.230
2073	8.481	11.424	11.498	54.570	85.972
2074	8.435	10.668	11.622	54.004	84.729
2075	8.389	9.927	11.741	53.443	83.500
2076	8.343	9.203	11.853	52.887	82.285
2077	8.296	8.493	11.960	52.334	81.084

Fuente: FPS
Elaboración propia.

1.4. Impacto de la Dependencia en la Empleabilidad del hogar

Utilizando la CASEN 2011 podemos obtener información sobre empleabilidad de los miembros de un hogar con un dependiente entre sus miembros. En el Cuadro N° 56 se analiza la condición de actividad de quienes viven con una persona en situación de dependencia.

Cuadro N° 56: Condición de actividad para quienes viven con una persona en situación de dependencia.

Condición de actividad	Familiar dependiente		Total
	No	Sí	
<i>Ocupado</i>	272.117	15.173	287.290
<i>% sobre ocupados</i>	94,72%	5,28%	100,00%
<i>% sobre grupo dependencia</i>	17,51%	17,26%	17,49%
<i>Desocupado</i>	7.447	272	7.719
<i>% sobre ocupados</i>	96,48%	3,52%	100,00%
<i>% sobre grupo dependencia</i>	0,48%	0,31%	0,47%
<i>Inactivo</i>	1.274.906	72.478	1.347.384
<i>% sobre ocupados</i>	94,62%	5,38%	100,00%
<i>% sobre grupo dependencia</i>	82,02%	82,43%	82,04%
<i>Total</i>	1.554.470	87.923	1.642.393
<i>% sobre ocupados</i>	94,65%	5,35%	100,00%
<i>% sobre grupo dependencia</i>	100,00%	100,00%	100,00%

Elaboración: CIEDESS, en base a encuesta CASEN 2011.

Subsecretaría de Previsión Social

Se observa que las diferencias no parecen ser significativas con respecto a empleo entre personas sin familiares con necesidades de ayuda para la vida diaria y personas que sí viven con una persona con tales necesidades. Los familiares de dependientes tienen 0,25 puntos porcentuales menos de probabilidad de estar trabajando.

Para corroborar este análisis más profundamente calculamos un modelo de regresión logística (Logit) de la siguiente forma:

$$y_i = \Lambda(\alpha + \gamma z_i + \beta x_i + \varepsilon_i)$$

Donde y_i es una variable dicotómica igual a 1 si es que el individuo está empleado, e igual a 0 si es que se encuentra desempleado o inactivo⁷; z_i es una variable dicotómica igual a 1 si es que existe algún dependiente en el hogar del individuo; y x_i es un vector con las siguientes variables de control: escolaridad, experiencia, el logaritmo del ingreso autónomo, indicador de jefatura de núcleo, variables dicotómicas que indican región y estado civil.

En base a esta especificación se generaron tres modelos Logit, uno para hombres, otro para mujeres, y el total. El Cuadro N° 57 permite apreciar los resultados:

Cuadro N° 57: Modelo de regresión logística 1, efecto de tener un familiar dependiente sobre probabilidad de trabajar.

Hombres (N = 678.434)							
<i>Variables</i>		Efectos marginales	Error estándar	z	Valor p	Intervalo de confianza (95%)	
<i>Familiar dependiente</i>	6,72%	0,21%	31,31	0,000	6,30%	7,14%	
<i>Ingreso autónomo (logaritmo)</i>	14,05%	0,05%	268,6	0,000	13,95%	14,16%	
<i>Escolaridad</i>	-3,30%	0,01%	-220,84	0,000	-3,33%	-3,27%	
<i>Experiencia</i>	-2,50%	0,01%	-269,18	0,000	-2,51%	-2,48%	
<i>Jefatura de núcleo</i>	9,61%	0,14%	70,99	0,000	9,34%	9,87%	
<i>Región</i>							
	2	0,21%	0,29%	0,73	0,467	-0,36%	0,78%
	3	6,11%	0,33%	18,68	0,000	5,47%	6,75%
	4	-0,72%	0,24%	-3,07	0,002	-1,18%	-0,26%
	5	-2,60%	0,16%	-16,41	0,000	-2,91%	-2,29%
	6	-12,86%	0,24%	-52,93	0,000	-13,34%	-12,39%

⁷ Es de esperar que una persona que debe ejercer de cuidador sea considerada “inactiva”, en tanto no busca trabajo en el mercado laboral, por lo que decidimos considerarla en nuestro análisis. Todos los individuos analizados son mayores a 15 años.

Subsecretaría de Previsión Social

7	-1,44%	0,21%	-6,85	0,000	-1,85%	-1,03%
8	-15,37%	0,17%	-89,03	0,000	-15,71%	-15,04%
9	-5,02%	0,22%	-23,02	0,000	-5,45%	-4,59%
10	-3,23%	0,23%	-14,12	0,000	-3,68%	-2,78%
11	5,18%	0,62%	8,34	0,000	3,96%	6,40%
12	-0,63%	0,48%	-1,33	0,185	-1,56%	0,30%
14	-1,57%	0,32%	-4,95	0,000	-2,19%	-0,95%
15	-2,07%	0,49%	-4,22	0,000	-3,03%	-1,11%
<i>Ruralidad</i>	8,14%	0,14%	58,55	0,000	7,87%	8,42%
<i>Estado civil</i>						
Conviviente	9,07%	0,16%	56,49	0,000	8,75%	9,38%
Anulado	-6,85%	0,88%	-7,81	0,000	-8,56%	-5,13%
Separado	6,25%	0,22%	29,04	0,000	5,83%	6,67%
Divorciado	0,51%	0,62%	0,83	0,405	-0,70%	1,73%
Viudo	-4,58%	0,17%	-27,58	0,000	-4,90%	-4,25%
Mujeres (N = 881.701)						
Variables	Efectos marginales	Error estándar	z	Valor p	Intervalo de confianza (95%)	
Familiar dependiente	-2,63%	0,14%	-18,16	0,000	-2,91%	-2,34%
Ingreso autónomo (logaritmo)	5,50%	0,03%	158,82	0,000	5,44%	5,57%
Escolaridad	-0,99%	0,01%	-94,35	0,000	-1,01%	-0,97%
Experiencia	-1,02%	0,01%	-140,45	0,000	-1,03%	-1,01%
Jefatura de núcleo	8,33%	0,07%	117,83	0,000	8,19%	8,47%
Región						
2	-0,34%	0,18%	-1,88	0,060	-0,69%	0,01%
3	-0,13%	0,24%	-0,56	0,575	-0,60%	0,33%
4	-0,72%	0,15%	-4,85	0,000	-1,00%	-0,43%
5	0,91%	0,09%	10,08	0,000	0,73%	1,09%
6	-5,40%	0,18%	-29,65	0,000	-5,76%	-5,05%
7	-1,90%	0,15%	-12,36	0,000	-2,21%	-1,60%
8	-5,43%	0,13%	-40,9	0,000	-5,69%	-5,17%
9	0,18%	0,15%	1,17	0,241	-0,12%	0,47%
10	1,77%	0,15%	12,12	0,000	1,48%	2,06%
11	3,14%	0,41%	7,74	0,000	2,34%	3,93%
12	1,80%	0,24%	7,55	0,000	1,34%	2,27%
14	-2,53%	0,23%	-11,22	0,000	-2,97%	-2,09%
15	4,89%	0,24%	20,33	0,000	4,42%	5,36%
Ruralidad	0,41%	0,11%	3,81	0,000	0,20%	0,63%
Estado civil						
Conviviente	2,89%	0,14%	21,24	0,000	2,62%	3,16%

Subsecretaría de Previsión Social

Anulado	-19,33%	0,93%	-20,82	0,000	-21,15%	-17,51%
Separado	0,18%	0,11%	1,67	0,096	-0,03%	0,39%
Divorciado	-0,87%	0,25%	-3,43	0,001	-1,37%	-0,37%
Viudo	-4,59%	0,08%	-58,33	0,000	-4,74%	-4,43%
Total (N = 1.560.135)						
Variables	Efectos marginales	Error estándar	z	Valor p	Intervalo de confianza (95%)	
Familiar dependiente	0,69%	0,12%	5,64	0,000	0,45%	0,92%
Ingreso autónomo (logaritmo)	9,66%	0,03%	312,54	0,000	9,60%	9,72%
Escolaridad	-2,00%	0,01%	-216,22	0,000	-2,02%	-1,98%
Experiencia	-1,67%	0,01%	-278,29	0,000	-1,68%	-1,66%
Jefatura de núcleo	15,87%	0,06%	255,1	0,000	15,75%	16,00%
Región						
2	0,47%	0,16%	2,88	0,004	0,15%	0,80%
3	3,67%	0,19%	19,15	0,000	3,29%	4,05%
4	-0,95%	0,14%	-7,07	0,000	-1,22%	-0,69%
5	-0,53%	0,09%	-5,96	0,000	-0,70%	-0,35%
6	-8,15%	0,15%	-54,98	0,000	-8,45%	-7,86%
7	-1,19%	0,12%	-9,57	0,000	-1,44%	-0,95%
8	-9,55%	0,11%	-88,38	0,000	-9,76%	-9,33%
9	-2,05%	0,13%	-15,66	0,000	-2,31%	-1,79%
10	-0,13%	0,13%	-0,95	0,342	-0,39%	0,14%
11	4,95%	0,37%	13,56	0,000	4,23%	5,66%
12	1,24%	0,25%	4,85	0,000	0,74%	1,73%
14	-2,26%	0,19%	-12	0,000	-2,63%	-1,89%
15	2,43%	0,26%	9,23	0,000	1,91%	2,95%
Ruralidad	5,47%	0,08%	64,72	0,000	5,30%	5,64%
Estado civil						
Conviviente	7,16%	0,10%	71,82	0,000	6,97%	7,36%
Anulado	-15,11%	0,55%	-27,64	0,000	-16,18%	-14,04%
Separado	-0,20%	0,11%	-1,81	0,071	-0,42%	0,02%
Divorciado	-3,83%	0,30%	-12,9	0,000	-4,41%	-3,25%
Viudo	-10,53%	0,08%	-139,42	0,000	-10,68%	-10,39%

Elaboración: CIEDESS, en base a encuesta CASEN 2011. Variables representativas de la primera región y del estado civil "casado" no son incluidas por problemas de multicolinealidad.

Todas las variables resultan significativas al 5%, excepto algunas variables de región y de estado civil. Las variables "escolaridad" y "experiencia" no presentan los signos esperados, sin embargo su influencia no es importante.

Subsecretaría de Previsión Social

Este modelo predice que la probabilidad de trabajar que tiene una mujer que vive con un dependiente es 2,63 puntos porcentuales menor que la de otra mujer, manteniendo todo lo demás constante. Como contraparte, los hombres, según el modelo, aumentarían su probabilidad de trabajar al tener a un dependiente en el hogar en 6,72 puntos porcentuales. Si bien es esperable que la empleabilidad de los hombres aumente debido a la presión monetaria que implica la dependencia, el tamaño del efecto podría estar indicando algún problema con el modelo.

Lo expuesto permite inferir que el modelo tiene el problema de la inclusión de la variable irrelevante. Al retirar las variables “escolaridad” y “experiencia” de la muestra, para evitar errores de especificación que puedan sesgar los estimadores, los resultados obtenidos se presentan en el Cuadro N° 58:

Cuadro N° 58: Modelo de regresión logística 2, efecto de tener un familiar dependiente sobre probabilidad de trabajar.

<i>Hombres (N = 678.434)</i>						
Variables	Efectos marginales	Error estándar	z	Valor p	Intervalo de confianza (95%)	
<i>Familiar dependiente</i>	2,00%	0,22%	9,03	0,000	1,57%	2,43%
<i>Ingreso autónomo (logaritmo)</i>	13,77%	0,05%	260,82	0,000	13,67%	13,88%
<i>Jefatura de núcleo</i>	10,23%	0,15%	69,57	0,000	9,94%	10,52%
<i>Región</i>						
2	4,00%	0,31%	12,85	0,000	3,39%	4,61%
3	7,50%	0,34%	21,78	0,000	6,82%	8,17%
4	0,22%	0,25%	0,89	0,371	-0,27%	0,71%
5	-2,64%	0,17%	-15,6	0,000	-2,98%	-2,31%
6	-15,28%	0,26%	-58,82	0,000	-15,79%	-14,77%
7	0,58%	0,23%	2,55	0,011	0,13%	1,02%
8	-15,88%	0,19%	-84,14	0,000	-16,25%	-15,51%
9	-2,73%	0,24%	-11,53	0,000	-3,20%	-2,27%
10	-1,73%	0,25%	-7,02	0,000	-2,22%	-1,25%
11	6,54%	0,67%	9,72	0,000	5,22%	7,86%
12	1,73%	0,51%	3,37	0,001	0,73%	2,74%
14	-2,24%	0,34%	-6,48	0,000	-2,91%	-1,56%
15	-1,04%	0,54%	-1,94	0,053	-2,08%	0,01%
<i>Ruralidad</i>	10,74%	0,15%	73,43	0,000	10,46%	11,03%
<i>Estado civil</i>						
Conviviente	12,34%	0,17%	72,88	0,000	12,00%	12,67%

Subsecretaría de Previsión Social

Anulado	-13,88%	1,05%	-13,16	0,000	-15,94%	-11,81%
Separado	7,37%	0,24%	31,29	0,000	6,91%	7,83%
Divorciado	-2,23%	0,67%	-3,31	0,001	-3,55%	-0,91%
Viudo	-13,52%	0,17%	-78,74	0,000	-13,85%	-13,18%
Mujeres (N = 881.701)						
Variables	Efectos marginales	Error estándar	z	Valor p	Intervalo de confianza (95%)	
<i>Familiar dependiente</i>	-3,67%	0,15%	-24,29	0,000	-3,97%	-3,38%
<i>Ingreso autónomo (logaritmo)</i>	5,80%	0,03%	172	0,000	5,74%	5,87%
<i>Jefatura de núcleo</i>	8,59%	0,07%	120,16	0,000	8,45%	8,73%
<i>Región</i>						
2	0,12%	0,18%	0,66	0,511	-0,24%	0,48%
3	-0,21%	0,24%	-0,88	0,378	-0,69%	0,26%
4	-0,27%	0,15%	-1,74	0,081	-0,56%	0,03%
5	0,89%	0,09%	9,61	0,000	0,70%	1,07%
6	-6,48%	0,19%	-34,75	0,000	-6,85%	-6,12%
7	-1,70%	0,16%	-10,7	0,000	-2,01%	-1,39%
8	-4,76%	0,14%	-34,54	0,000	-5,03%	-4,49%
9	0,22%	0,15%	1,42	0,154	-0,08%	0,52%
10	1,92%	0,15%	12,81	0,000	1,63%	2,21%
11	3,35%	0,41%	8,1	0,000	2,54%	4,16%
12	2,55%	0,24%	10,42	0,000	2,07%	3,03%
14	-2,28%	0,23%	-9,81	0,000	-2,74%	-1,83%
15	6,28%	0,25%	25,49	0,000	5,80%	6,76%
<i>Ruralidad</i>	0,36%	0,11%	3,24	0,001	0,14%	0,58%
<i>Estado civil</i>						
Conviviente	2,96%	0,14%	21,08	0,000	2,68%	3,23%
Anulado	-18,03%	0,98%	-18,43	0,000	-19,95%	-16,11%
Separado	0,88%	0,11%	8,04	0,000	0,67%	1,10%
Divorciado	-0,28%	0,26%	-1,07	0,287	-0,78%	0,23%
Viudo	-8,41%	0,08%	-108,72	0,000	-8,56%	-8,26%
Total (N = 1.560.135)						
Variables	Efectos marginales	Error estándar	z	Valor p	Intervalo de confianza (95%)	
<i>Familiar dependiente</i>	-1,86%	0,13%	-14,61	0,000	-2,11%	-1,61%
<i>Ingreso autónomo (logaritmo)</i>	9,68%	0,03%	320,54	0,000	9,62%	9,74%
<i>Jefatura de núcleo</i>	15,88%	0,07%	239,92	0,000	15,75%	16,00%
<i>Región</i>						
2	2,36%	0,17%	13,76	0,000	2,02%	2,69%

Subsecretaría de Previsión Social

3	4,21%	0,20%	21,36	0,000	3,83%	4,60%
4	0,02%	0,14%	0,12	0,908	-0,26%	0,29%
5	-0,44%	0,09%	-4,75	0,000	-0,62%	-0,26%
6	-9,59%	0,15%	-62,12	0,000	-9,89%	-9,28%
7	-0,07%	0,13%	-0,54	0,587	-0,33%	0,19%
8	-9,09%	0,11%	-79,58	0,000	-9,31%	-8,87%
9	-0,93%	0,14%	-6,77	0,000	-1,20%	-0,66%
10	0,78%	0,14%	5,55	0,000	0,50%	1,05%
11	5,68%	0,38%	14,88	0,000	4,93%	6,43%
12	2,61%	0,27%	9,8	0,000	2,09%	3,13%
14	-2,16%	0,20%	-10,89	0,000	-2,55%	-1,77%
15	4,18%	0,28%	15,08	0,000	3,64%	4,73%
<i>Ruralidad</i>	6,33%	0,09%	72,77	0,000	6,16%	6,50%
<i>Estado civil</i>						
Conviviente	8,69%	0,10%	84,28	0,000	8,49%	8,90%
Anulado	-16,60%	0,62%	-26,75	0,000	-17,82%	-15,39%
Separado	1,11%	0,12%	9,58	0,000	0,88%	1,34%
Divorciado	-3,84%	0,31%	-12,36	0,000	-4,45%	-3,23%
Viudo	-15,94%	0,08%	-207,03	0,000	-16,09%	-15,79%

Elaboración: CIEDESS, en base a encuesta CASEN 2011. Variables representativas de la primera región y del estado civil "casado" no son incluidas por problemas de multicolinealidad.

Este modelo muestra una predicción distinta al modelo anterior. Según este modelo una mujer que vive con una persona en que necesita ayuda para comer solo o desplazarse dentro de la casa tiene una probabilidad de trabajar inferior en 3,67 puntos porcentuales a una mujer que no experimenta la misma situación, siendo todo lo demás constante.

Para los hombres, nuevamente tenemos resultados positivos, sin embargo estos son mucho menores a los anteriormente calculados. Un miembro del hogar con dependencia estaría aumentando en 2 puntos porcentuales la probabilidad de trabajar de una persona. Al considerar a la muestra completa, sin diferenciación por género, se observa una predicción de 1,86 puntos porcentuales menos en la probabilidad de trabajar para quienes tienen familiares dependientes.

Es posible inferir que la existencia de una situación de dependencia en una familia afecta negativamente las posibilidades de empleo de las personas, especialmente de las mujeres. Esto significa que la dependencia produce externalidades negativas importantes. A nivel de costos privados, una persona que requiere cuidado constante pone una carga sobre las personas con las que convive, en particular las mujeres, ya que refuerza el rol social

Subsecretaría de Previsión Social

tradicional de cuidadoras, impidiéndoles salir al mercado laboral y limitándolas a realización de trabajo no remunerado, mientras al mismo tiempo pone una presión mayor sobre el proveedor tradicional o principal del hogar. Por otro lado esto implica también un costo social, dado que la menor probabilidad de trabajo implica también menores ingresos para las familias con dependientes, situación que puede impactar más agudamente entre las familias más vulnerables, y aumentar la dependencia de las redes asistenciales del Estado.

2. SEGUROS DE DEPENDENCIA EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

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 algunos países han puesto en marcha un nuevo seguro social para proteger la contingencia de la dependencia o de los cuidados de largo plazo.

En términos generales los sistemas tienen algunas características comunes y diferencias identificables, por ejemplo en los Estados Unidos existe una cobertura para este riesgo mediante pólizas de seguros o a través de Medicaid. En Alemania, en cambio, desde 1995 se 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. Por otra parte, Japón introdujo este seguro de asistencia en abril de 2000 (llamado Kaiko Hogen), donde, además de la cotización que aportan todos los ciudadanos mayores de 40 años, el Estado y los municipios contribuyen al fondo respectivo. En general, este tipo de seguro, se define como una herramienta de cobertura social avanzada, que no sustituye el seguro de salud ni mitiga la necesidad de ahorrar para la jubilación.

Entre estos países, Chile aparece el número 20 del ranking (de 32 países de 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 Zelanda, 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. Se trata de encuestas de estado de salud autoreportado y discapacidad para las personas por sobre los 65 años. 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% y Alemania con un 5,8%.

2.1. Naturaleza y contenido de los beneficios

Con el propósito de establecer la modalidad de prestación más eficiente, en esta sección se estudiarán las soluciones presentes en los principales países que ya cuentan con un seguro a la dependencia o cuidados de largo plazo (long-term care, LTC), así como un análisis comparativo de tales alternativas. La información disponible sobre la experiencia en LTC se observa mayormente en países pertenecientes a la OCDE, extendiéndose significativamente en los últimos años debido en parte relevante al envejecimiento de la población y al desarrollo de servicios e instalaciones vinculadas a beneficios similares.

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 institucional propia y separada del resto de las instituciones de seguridad social, distribuyen su protección entre el seguro de enfermedad y la asistencia social (CIEDESS 2012).

La OCDE define a los receptores de LTC como aquellas personas que reciben atención a largo plazo por los proveedores pagados, incluyendo los no profesionales que obtienen pagos en efectivo en virtud de un programa social. También se incluyen los beneficiarios de las prestaciones en efectivo, tales como los programas de elección del consumidor, prestaciones de atención u otros beneficios sociales que se otorgan con el objetivo principal de apoyar a las personas con necesidades de atención a largo plazo (OCDE 2013).

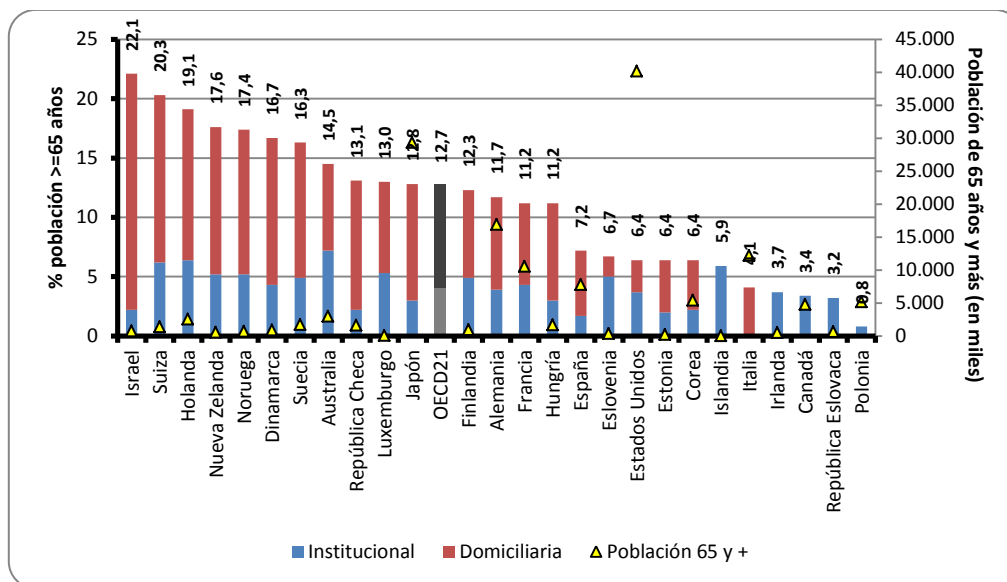
De este modo, los beneficios en LTC se refieren a la enfermería y atención residencial, así como atenciones en instalaciones que proporcionan alojamiento y cuidado a largo plazo como un paquete común. Mientras que LTC "domiciliaria o en el hogar" se define como las personas con limitaciones funcionales que reciben la mayor parte de su atención en el hogar. Cuidado en el hogar también se aplica al uso de las instituciones con carácter temporal, la atención de la comunidad y los centros de atención de día y de vida de diseño especial. En este sentido, una tendencia importante en tal grupo de países durante la última década ha sido la implementación de programas y beneficios para apoyar la atención a domicilio.

Considerando la proporción de personas de 65 años y más que reciben cuidados a largo plazo en cada país de la OCDE, se observa que en promedio el 12,7% son cubiertos por estos cuidados, donde el 68,5% de los beneficiarios recibe las prestaciones como cuidados domiciliarios y el restante 31,5% como cuidado institucional (ver Gráfico N° 8 para datos del año 2011). La proporción de cobertura más alta se registró en Israel y Suiza, con más

Subsecretaría de Previsión Social

de una quinta parte de la población de ese grupo de edad que reciben atención a largo plazo. Por otra parte, sólo en torno al 0,8% de la respectiva población de 65 años y más en Polonia recibe los servicios formales de cuidados de larga duración. El uso de estos servicios de atención aumenta considerablemente a medida que la edad crece. En promedio entre los países de la OCDE, el 30% de las personas de 80 años o más reciben servicios de cuidados de larga duración.

Gráfico N° 8: Población de 65 años y más que recibe cuidados de largo plazo según tipo de prestación (2011 o año más próximo)



Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
Elaboración CIEDESS.

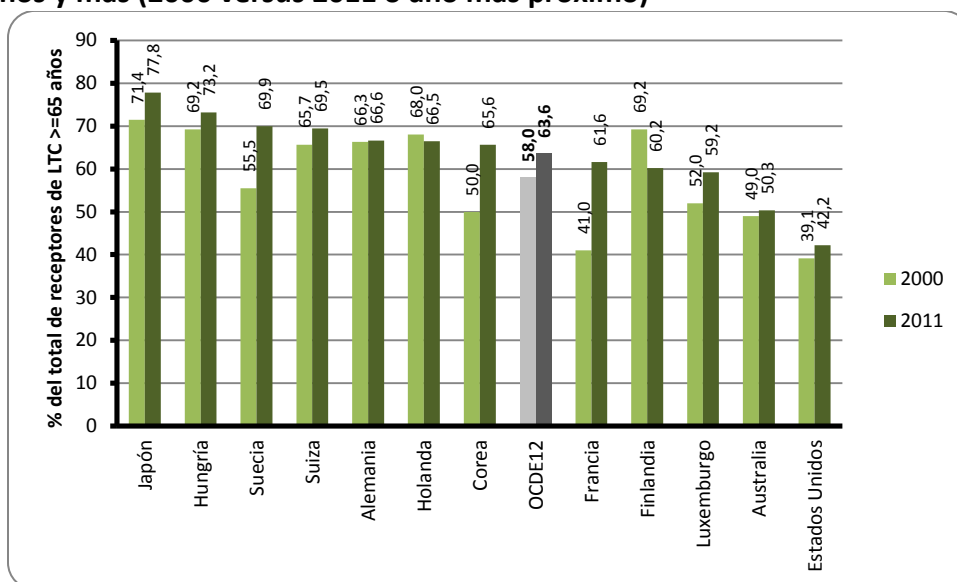
Respecto al tipo de prestación, para una muestra de 12 países representativos de la OCDE, se expone la evolución al alza de LTC a través de cuidados domiciliarios, pasando de un 58% en el 2002 a un 63,6% en el año 2011, considerando el total de beneficiarios de 65 y más años de edad (ver Gráfico N° 9). La proporción de beneficiarios de LTC en el hogar más alta se registra en Japón y Hungría, con el 77,8 y 73,2% de los receptores de LTC de 65 años y más respectivamente. En Hungría, el LTC en las instituciones ha sido restringido por las limitaciones presupuestarias y los criterios de admisión más estrictos. La participación de los beneficiarios de cuidados en el hogar también ha aumentado notablemente en Suecia, Corea, Francia y Luxemburgo. Cabe destacar la participación de los beneficiarios de los cuidados en casa en Francia, donde se ha pasado del 41 a más del 61,6%, impactado de forma importante por un plan gradual se incrementa anualmente la capacidad de atención de enfermería en casa. Los únicos países de la muestra que presentan una

Subsecretaría de Previsión Social

evolución contrario –incremento del cuidado institucional– son Holanda y Finlandia, no obstante la proporción de cuidado en el hogar sigue siendo superior al 60%.

Mientras que el número real de personas que reciben LTC en el hogar se ha mantenido bastante estable, quienes reciben atención institucional ha crecido a un ritmo más rápido. Esto puede deberse a que la intensidad de la atención necesaria para las personas de más edad ha aumentado. Por ejemplo, en los Estados Unidos sólo alrededor del 40% de los receptores de LTC recibía atención en el hogar en 2009 (último año disponible), lo que se explica en parte por una tendencia histórica en el apoyo a la atención de base institucional y a que el apoyo financiero para promover la atención a domicilio sólo ha sido aplicado por algunos estados. En países como éste se pueden necesitar ayuda adicional o cambios en los incentivos para fomentar aún más la atención domiciliaria (Colombo et al., 2011).

Gráfico N° 9: Evolución de receptores de LTC como cuidados domiciliarios en población de 65 años y más (2000 versus 2011 o año más próximo)



Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
Elaboración CIEDESS.

2.2. Financiamiento y gasto de los seguros sociales para la dependencia

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, el seguro es distintivo y 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

Subsecretaría de Previsión Social

detectarse algunos elementos innovadores y originales (impuestos que gravan el patrimonio o sobre el consumo de electricidad o los carburantes) y una mayor incidencia del financiamiento no contributivo.

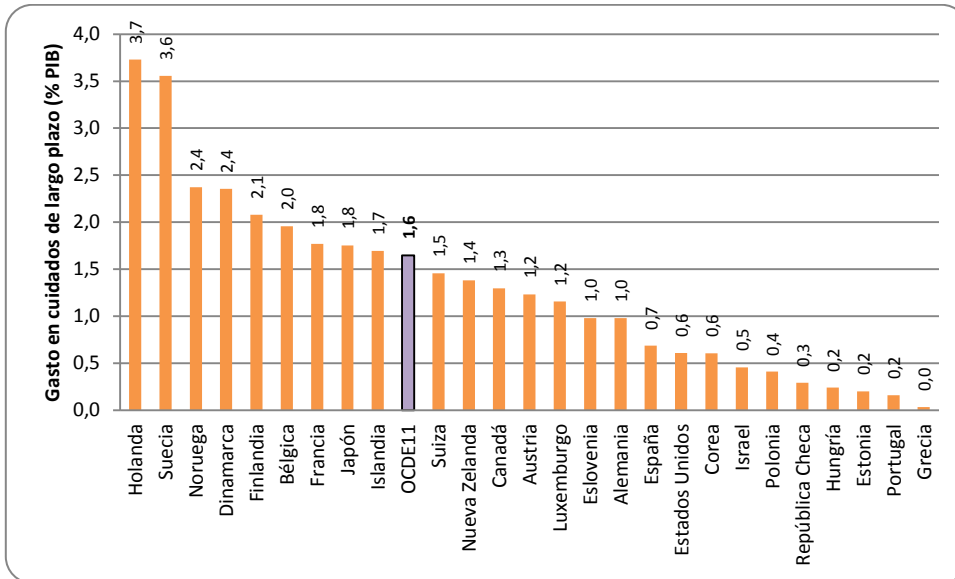
En el caso alemán, todos los trabajadores (e individuos que obtengan cualquier tipo de ingresos) deben estar asegurados contra la dependencia, los empresarios y los trabajadores pagan igual porcentaje sobre el salario (1,7% en 2007) y los propios jubilados también contribuyen al seguro.

La participación de las familias en el financiamiento a través de 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.

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. No obstante, está bastante extendido 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.

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. Datos de la OCDE a 2013 establecen un gasto promedio en cuidados de largo plazo de 1,6% del PIB para un total de 26 países, cuyos datos extremos corresponden a Holanda, el más alto con un 3,7% del PIB, y Grecia, el más bajo con un 0,03% del PIB (Gráfico N° 10). Considerando los actuales programas públicos destinados a la protección y cuidados de la dependencia en adultos mayores en Chile (se verán con mayor detalle más adelante), el gasto por presupuesto para 2013 correspondería al 0,01% del PIB (sobre los \$16.000 millones entre partidas del SENAMA y SENADIS).

Gráfico N° 10: Gasto público en cuidados de largo plazo como proporción del PIB (2011 o año más próximo)

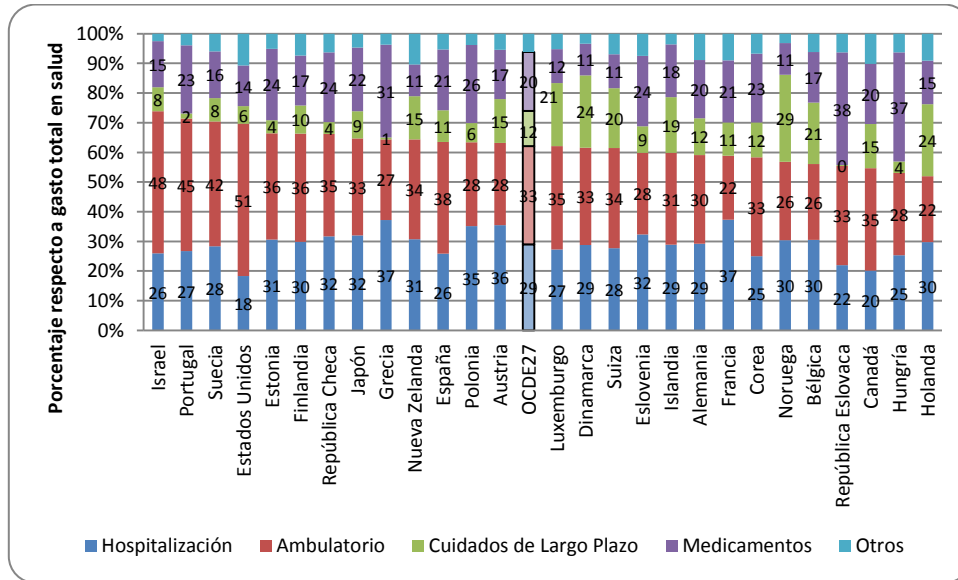


Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
Elaboración CIEDESS.

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. Asimismo, para el caso de Chile, las proyecciones de la OCDE respecto al gasto necesario en cuidados de largo plazo serán –considerando un escenario base– de 0,9% para el año 2030, pasando al 2,3% para el año 2060.

En los países de la OECD, 27 cuentan con algún sistema de aseguramiento de la dependencia y gastan en promedio un 12% del gasto total en salud en ellos, Gráfico N° 11, poco menos de la mitad de lo que gastan en servicios hospitalarios (29%). Para el caso de Chile, según estimaciones de la Superintendencia de Salud (Olivares 2006), para el año 2002 el gasto en cuidados de largo plazo representaba el 5% del total del gasto en salud para los adultos mayores, mientras que el gasto hospitalario correspondía al 50,7%. Considerando las proyecciones de tales gastos, para el año 2010 se observa una proporción del gasto en cuidados de largo plazo de 6%, y hospitalario del 51%.

Gráfico N° 11: Distribución del gasto en salud según función de cuidados (2011 o año más próximo)



Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
Elaboración CIEDESS.

2.3. 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 y 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, igual que 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. En efecto, actualmente con los recortes presupuestarios provocados por la crisis económica, el acceso a los beneficios está demorando de forma significativa, esto es desde seis meses a dos años desde la solicitud.

Subsecretaría de Previsión Social

Dado lo anterior, más que un procedimiento intencionado o deseado, la carencia puede ser un efecto de dificultades de implementación a tener en cuenta. En este sentido podemos suponer que el proceso administrativo de otorgamiento de la calidad de dependiente considerará al menos los siguientes pasos:

- la Solicitud,
- la Evaluación de parte de un trabajador social/médico,
- el Dictamen de grado de dependencia y propuesta de beneficios,
- la Aceptación de beneficios y
- el Otorgamiento de los beneficios

Por lo tanto, una vez hecha la solicitud la responsabilidad es de la administración y habrá que considerar al menos dos plazos.

- Desde la solicitud hasta el dictamen y
- Desde el dictamen favorable hasta que se reciba la prestación.

Respecto del plazo que va desde la solicitud al dictamen. Normalmente es el mismo que existe para toda la seguridad social. Podemos asumir entonces que podrá ser el mismo que existe para las ISAPREs por ejemplo.

Respecto del segundo plazo, que va desde la aceptación de los beneficios hasta su otorgamiento. Este es el plazo más complicado y debiera ser acotado a un máximo de tiempo, tipo garantía de oportunidad del plan AUGE. Sería conveniente poner un plazo máximo porque luego el malestar ciudadano puede ser muy importante si se sabe que se tiene derecho y no se reciben los beneficios.

Luego para los plazos también conviene diferenciar de acuerdo con el tipo de prestación. En efecto, si se trata de transferencia monetaria (casos excepcionales), el plazo máximo de otorgamiento, por ejemplo, podría situarse entre tres y cinco meses. Si se trata de servicios de cuidados domiciliarios o Institucionales, dado la complejidad que conlleva, por ejemplo por posible tardanza en encontrar cupos en hogares o por falta de disponibilidad de oferta de cuidadores, el plazo, en el ejemplo anterior, podría doblarse, alcanzando los seis a 12 meses. Así, la suma de todos los pasos sería entre nueve a 18 meses.

2.4. Proveedores

En general en los países se generan mercados del trabajo en torno a los seguros de dependencia nuevos, con importantes contingentes de personas e instituciones proveedoras de los servicios definidos en el catálogo. Así, por ejemplo, en el caso alemán el sistema de servicios domiciliario contaba con 11 mil prestadores en 2005 y con 214 mil

Subsecretaría de Previsión Social

empleados para atender a 472 mil personas. La mitad eran enfermeras o cuidadores profesionales con una formación de tres años. El 57,6% de los prestadores de servicios son empresas privadas (40), seis entidades sin fines de 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, es el servicio médico del seguro de salud el que ejerce esta función de control de calidad.

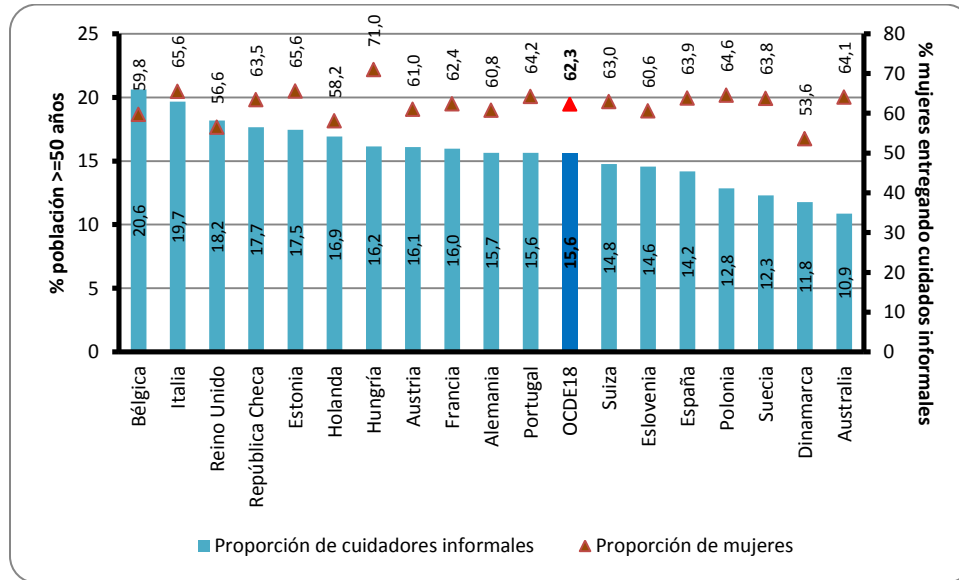
Cabe señalar que, pese al análisis anterior, resulta comprensible que el cuidado informal a través de miembros de la familia de la persona dependiente es el principal sustento de los sistemas de cuidados de largo plazo en todos los países OCDE. Evidentemente existen variaciones considerables respecto a la importancia relativa del cuidado informal por familiares en comparación con el uso de los proveedores de atención a largo plazo más formales, debido a la naturaleza de la atención prestada. Sin embargo, no existe mayor información comparativa sobre datos en esta materia, los que se presentan básicamente mediante encuestas nacionales o internacionales de salud

Los cuidadores informales se definen como las personas que diaria o semanalmente proporcionan ayuda a los familiares, amigos u otro integrante de la red social en su hogar o fuera del hogar que requieren ayuda para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (OCDE 2013).

En promedio, para una muestra de 18 países de la OCDE, más del 15% de las personas de 50 años y más, atendió a un dependiente familiar o amigo en 2010⁸ según se muestra en el Gráfico N° 12 Esta proporción alcanza el 20,6% y 19,7% en Bélgica e Italia respectivamente. En este último país la alta proporción de personas que proveen cuidado a un miembro de la familia se asocia con relativamente pocos trabajadores formales (pagados). Al respecto, la mayoría de los cuidadores informales son mujeres, con más del 60% promedio para idéntica muestra de países. Lo anterior va desde un máximo de 71%, en el caso de Hungría, y un mínimo del 53,6%, para el caso de Dinamarca.

⁸ Los datos registrados en la OCDE se refieren únicamente a la población de 50 años y más, y se basan en las encuestas nacionales o internacionales de salud. Asimismo, los resultados pueden verse afectados por la presentación de informes, sesgos o problemas de recuperación.

Gráfico N° 12: Población de 50 y más años que reporta entregar cuidados informales y proporción de mujeres entregando estos cuidados (2010 o año más próximo)



Fuente: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
Elaboración CIEDESS.

En resumen las principales características de los sistemas en distintos países dicen relación con el financiamiento, los beneficios, la cobertura y los prestadores. 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.

Subsecretaría de Previsión Social

- 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

3. LA DEPENDENCIA EN LA NORMATIVA NACIONAL

Desde una perspectiva normativa, puede afirmarse que, las bases de la protección a la Discapacidad y la Dependencia emanan desde la propia Constitución Política de la República, específicamente en lo que refiere a la finalidad misma del Estado y a los derechos que éste garantiza. A partir de allí, tales lineamientos son desarrollados en los diversos cuerpos legales que constituyen la seguridad social chilena, sin perjuicio de la directa aplicación de la normativa constitucional.

La seguridad social, entendida como el conjunto de normas, principios e instituciones establecidos para la protección de la población frente a ciertas contingencias sociales, reserva en el país un amplio espacio para la discapacidad, si bien bajo el concepto de invalidez: la pérdida de capacidad de ganancia. Ella está presente con prestaciones directas en tres de los cinco regímenes propios de la seguridad social nacional (pensiones, riesgos del trabajo y prestaciones familiares). Sin embargo, la recepción de la dependencia es mucho más limitada, encontrándose prestaciones asociadas solamente en dos regímenes (riesgos del trabajo y prestaciones familiares) y, aun en estos, de forma restringida. Con todo, desde el punto de vista conceptual, la dependencia es claramente una contingencia de seguridad social, toda vez que produce el efecto propio de aquellas (reducir ingresos y aumentar los gastos) tanto en el directamente afectado como en su núcleo familiar, siendo un riesgo de alcance universal y, por tanto, social.

Subsecretaría de Previsión Social

3.1. La protección de la dependencia y la Constitución en Chile.

Si bien la norma fundamental de la legislación nacional, como es la Constitución Política, no refiere explícitamente, ya como exigencia o como derecho, a las contingencias propias de la seguridad social, como podría ser la dependencia, al menos dos de sus artículos, sirven de fundamento para establecer la pertinencia de esta protección.

El primero de ellos se encuentra en el artículo 1, el cual indica que “Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, y que también “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad.” Por su parte, respecto de los deberes del Estado, este mismo artículo indica que “El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece.”

En relación a los derechos y deberes constitucionales, el artículo 19 de la carta fundamental, asegura a las personas, en sus numerales 1, 9 y 18, respectivamente, los derechos a la vida, integridad física y psíquica; la protección a la salud, así como el deber del Estado de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo; y, el derecho a la seguridad social. Respecto a este último hay que indicar que como condición exigida para su ejercicio, las leyes serán de quórum calificado. La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social.

Este último derecho también resulta relevante de identificar en el evento que se proponga impulsar la creación de un sistema que proteja la dependencia, como un seguro social.

3.2. Normas legales que reconocen y/o cubren la dependencia en Chile.

Actualmente, la letra e) del artículo 6 de la ley n° 20.422, es la única norma que define el concepto de dependencia en Chile. Esta define que dependencia es “El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más

Subsecretaría de Previsión Social

deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida”.

Aun así, dicha norma sólo contempla la promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia (artículo 12), sin especificar prestaciones de ningún tipo.

Solamente otras dos normas utilizan este concepto de dependencia, si bien ellas son anteriores a la ley 20.422. Se trata de la ley 16.744, en cuanto concede beneficios adicionales a quienes requieran auxilio de terceros para el desarrollo de actividades elementales de la vida (gran invalidez), y el reglamento del Sistema de Prestaciones Familiares, Decreto Supremo N° 75, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, de 1974, el cual conceptualiza la invalidez de las personas menores de 18 años y de los mayores de 75, como aquella que, por causas hereditarias o adquiridas, provoca de forma presumiblemente permanente la pérdida de 2/3 o más de las funciones corporales o mentales, en términos que impidan el desarrollo de las actividades ordinarias de la vida, atendidos la respectiva edad y sexo del afectado (art. 5). Comparativamente, respecto de la población en edad laboral, la norma califica la invalidez como la pérdida presumiblemente permanente de 2/3 de la capacidad de ganancia.

Desde la perspectiva de la prevención, la misma ley 20.422, en sus artículos 18 a 20, establece el deber de Estado de realizar actividades de prevención y rehabilitación de las personas con discapacidad y, en consecuencia, con dependencia. Sin embargo, a diferencia del marco regulatorio preventivo establecido por la ley 16.744, los cuales se complementan con incentivos directos para obtener su cumplimiento, la prevención que establece la primera norma se encuentra consignada en términos genéricos, que sólo obligan al Estado a entregar información pública de los planes que confeccione para la prevención de una o más situaciones consideradas de riesgo. Por ello, la prevención de la discapacidad y de la dependencia pasa a ser resorte de ámbitos específicos en que pueden presentarse riesgos (el entorno laboral; sanitario; seguridad vial, etc.).

En general, es posible afirmar que Chile no cuenta con políticas generales -ni menos normas concretas- que aborden la dependencia, en parte por ser esta una conceptualización bastante reciente, así como porque el fenómeno del envejecimiento en

Subsecretaría de Previsión Social

Chile, siendo muy intenso, es relativamente nuevo, siendo abordado además en otras áreas de las políticas sociales, principalmente a través de las pensiones.

Sólo algunos temas específicos vinculados indirectamente a la dependencia se han comenzado a abordar últimamente, a través de proyectos de ley actualmente en curso y que refieren a establecimiento de subvenciones para Establecimientos de Larga Estadía, Centros Diurnos y Cuidadores Domiciliarios para Adultos Mayores, así como relativos al envejecimiento positivo.

El establecimiento de una política general en materia de dependencia, junto con el desarrollo de las herramientas que aborden este fenómeno, permitirá a Chile mantener su carácter de precursor en el establecimiento de programas de Seguridad Social en América Latina (dado que EEUU ya tiene una ley de cuidados de largo plazo).

A nivel general, sí corresponde reconocer que Chile ha ido estableciendo algunas políticas que entregan nuevos niveles de protección social a los adultos mayores, en temas asociados al fenómeno del envejecimiento (más allá de las pensiones) por la vía de crear instituciones como el Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, o de permitir a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar afiliar a las personas pensionadas de Chile (como cabe esperar, la gran mayoría adultos mayores) y ofrecerles programas que les entregan protección en materias por ella establecidas. En el primer caso, se trata más bien de una entidad pública rectora en las materias relacionadas con los adultos mayores, más allá de la seguridad en los ingresos que otorgan las pensiones, las acciones de salud y de bienestar social a cargo de entidades de seguridad social.

Una de las áreas en que trabaja SENAMA es la referida a vivienda y acogimiento de adultos mayores en situación de vulnerabilidad, que requieren de una solución habitacional y de servicios de apoyo y/o cuidado. En lo que se refiere a vivienda los tipos de soluciones pueden ser establecimiento de larga estadía para adultos mayores (ELEAM), viviendas tuteladas o viviendas Stock SERVIU.

3.3. Prestaciones Directa o Indirectamente Vinculadas a la Dependencia en Chile.

En Chile en la actualidad, las familias abarcan tres e incluso cuatro generaciones, lo que significa que más del 30% de los hogares tienen entre sus integrantes a una o más

Subsecretaría de Previsión Social

personas mayores. Un 63% de las personas mayores son institucionalizadas por necesidad de cuidado.

En los hogares multigeneracionales los recursos son compartidos, lo que muchas veces significa un mayor bienestar entre sus integrantes. No obstante, cuando las personas mayores necesitan de cuidados por la pérdida de funcionalidad, dicho cuidado recae en las mujeres que suelen ser un soporte vital en los hogares.

Existen varios programas destinados a personas discapacitadas adulto mayor y es notoria la preocupación por esta población en la última década. Es destacable el surgimiento de una serie de iniciativas en respuesta a necesidades socio sanitarias, generándose fondos e instituciones y reestructurando 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), cuyos beneficiarios reciben cobertura del plan AUGE o entran dentro de los programas específicos para el adulto mayor del mismo. Por su parte, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), ha creado en la última década con especial foco al cambio en la composición poblacional del país por 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. Desde su creación, el SENAMA ha sido responsable de la mantención de 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.

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 y optimizar la gestión de las iniciativas financiadas antiguamente por el FONADIS.

Por último, es necesario mencionar el cuidado informal de la población dependiente, entendiéndolo 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.

3.4. Sector Salud y Atención Primaria en Salud

En APS sobresalen el Programa de Salud del Adulto Mayor, los programas de salud complementarios y los programas del AUGE para el adulto mayor. El primer programa 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. El Programa de Salud del Adulto Mayor consiste en:

- 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. 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. Evalúa a los adultos mayores que son capaces de asistir al consultorio. 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. 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 las personas con secuelas de

Subsecretaría de Previsión Social

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 y reciben atención domiciliaria a cargo de la APS.

Se enmarcan también en el contexto de atención de salud para el adulto mayor en APS, los siguientes programas:

- 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.

El programa AUGE para el adulto mayor considera a los adultos mayores de 65 años con plazos fijos para cubrir las necesidades sanitarias de diagnóstico o tratamiento, según cada plan.

- 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.
- Artrosis de cadera en mayores de 65 años: los pacientes 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.

Subsecretaría de Previsión Social

- 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: el AUGE contempla diagnóstico de neumonía con radiografía dentro de 48 horas de la sospecha clínica y el inicio de tratamiento.
- La atención domiciliaria del adulto mayor se realiza en aquellos pacientes que ingresan al Programa de Discapacidad Severa. Este programa 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 contempla todos los 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.
- 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. Se financia con un per cápita 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.

3.5. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

En el año 2003 ocurre 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° 19.828.

Subsecretaría de Previsión Social

En el cuerpo normativo, 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 que este Servicio será un Servicio Público, funcionalmente descentralizado, con sede principal en la ciudad de Santiago, contando con personalidad jurídica y patrimonio propio.

Se define que se debe establecer un registro 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.

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”.

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. Un avance importante es la reciente publicación (2010) del Reglamento que da cuenta de los requerimientos técnicos, tecnológicos y humanos que requiere un centro de atención especializada en el adulto mayor. De lo señalado en el reglamento puede desprenderse un modelo normativo que prefigura un primer modelo de establecimiento con los

Subsecretaría de Previsión Social

requerimientos básicos de gestión y prestación para cada Adulto Mayor atendiendo a su grado de dependencia.

El año 2013 Senama ejecuta acciones contenidas en el plan de implementación multiministerial, especialmente relevante es la implementación de los nuevos programas que consideran un aumento para el 2013 de un 65% del presupuesto.

Estos programas son los Centros Diurnos, Cuidados Domiciliarios, Fondo subsidio concursable de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) y los fondos asignados se considerarán en una ley de la República de manera de asegurar que se constituyan en una política pública

3.5.1. 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 Mantención de su salud, Mantención y estimulación de su funcionalidad y el Reforzamiento de sus capacidades remanentes. Los ELEAM son supervisados por la SEREMI, 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 detallan 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).

Subsecretaría de Previsión Social

- Adultos mayores autovalentes: Se requiere de 1 cuidador por 20 residentes las 14 horas del día.

El presupuesto anual para el año 2013 designó un total de \$6.200 millones para el Programa Fondo Subsidio ELEAM. El programa pretende entregar cobertura a 6.000 adultos mayores en situación de dependencia, vulnerabilidad severa y que residan en el ELEAM respectivo.

El programa considera a nivel nacional trece Establecimientos de Larga Estadía. SENAMA continúa en proceso de formulación, presentación y licitación de estos establecimientos. El 2012 se traspasaron a los operadores para su funcionamiento los ELEAM de Arica con 30 plazas, Licantén con 30 plazas, Cauquenes con 30 plazas, Cunco con 60 plazas, Melipeuco con 39 plazas, Loncoche con 30 plazas, Puerto Montt con 80 plazas.

3.5.2. Centros diurnos

El Programa de Centros Diurnos se ha desarrollado, en cambio, para asistir a dependientes leves que no residan en un centro de larga estadía ni sean beneficiarios del programa Vínculos. Son instituciones públicas o privadas, que entregan ayuda en las necesidades del adulto mayor, atenciones de salud, estimulación cognitiva y psicomotora, actividades socioculturales, promoción de la vida saludable y actividades familiares, además de entregar atención de profesionales expertos. El presupuesto anual para el año 2013 designó un total de \$741 millones para el Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor.

Según el Balance Integral del SENAMA a 2012, este programa durante el año 2013 pretende dar cobertura a 1.200 adultos mayores que presenten dependencia leve y/o vulnerabilidad, para lo cual se cuenta con el presupuesto señalado, el cual es entregado mediante convenio de transferencia a organismos públicos e instituciones privadas sin fines de lucro.

3.5.3. Programa de Cuidados Domiciliarios

Para los dependientes moderados o graves, que no pueden salir de su hogar, existe el Programa de Cuidados Domiciliarios. Se entrega a adultos mayores con las características mencionadas, y que tengan algún cuidador (familiar, amigo, o vecino) que se acredite a través de un informe social. El beneficio consta de visitas para prestaciones individualizadas de parte de un asistente domiciliario, persona capacitada para entregar



Subsecretaría de Previsión Social

apoyo tanto al adulto mayor dependiente en sus necesidades básicas, como de enseñar técnicas de autocuidado al cuidador. El presupuesto anual para el año 2013 designó un total de \$178 millones para el Programa de Cuidados Domiciliarios.

Los objetivos principales son “dar un respiro” al familiar cuidador y mantener a los adultos mayores el mayor tiempo posible en sus hogares para así evitar o retrasar su institucionalización. El programa contempla durante el año 2013 entregar cobertura a 1.200 personas mayores de la región Metropolitana.

3.5.4. Fondo Nacional para el 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 sin fines de lucro, 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 dos tipos: los proyectos autogestionados y las iniciativas de ejecutores intermedios. Según presupuesto 2013, este Fondo poseen un total de \$3.971 millones.

3.5.5. Otros Programas SENAMA

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, anteriormente denominado Viviendas Tuteladas. 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 dos líneas de acción. Para este programa se destinaron \$3.728 millones según el presupuesto 2013.

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 (según presupuesto 2013 se destinaron \$1.014 millones a este Consejo).

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, enfocado principalmente a adultos mayores jubilados.

Subsecretaría de Previsión Social

- Programa de Apoyo Integral al Adulto Mayor (Vínculos): Implementado desde el 2010, 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 fortaleciendo el vínculo con la municipalidad, vecinos, amigos y familiares. Durante el año 2012 el programa Vínculos llegó a 202 comunas del país, atendiendo a 11.180 adultos mayores. A su vez, el presupuesto destinado para este Programa en el año 2013 fue de \$1.898 millones.

3.6. Servicio Nacional para la Discapacidad (SENADIS)

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. 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 a través de 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.

Subsecretaría de Previsión Social

Según propia información del SENADIS, esta entidad se encuentra trabajando en la formulación de una Política Nacional para la atención de las personas con discapacidad en situación de dependencia que permita al país generar las condiciones adecuadas para responder en forma integral a las necesidades de miles de chilenos que se encuentran en esta situación.

Esto se enmarca además en el objetivo del Gobierno de fortalecer a las familias como pilar del desarrollo del país y de facilitar el libre desenvolvimiento y autovalencia de las personas con discapacidad.

A la fecha, el Servicio se encuentra apoyando acciones en las siguientes líneas:

3.6.1. Programas de apoyo domiciliario

Orientados a solucionar o mejorar situaciones de dependencia en el domicilio de la persona, permitiéndoles desarrollar su autonomía y prevenir la aparición o el agravamiento de las situaciones de dependencia, permaneciendo en su entorno familiar.

De acuerdo al Balance de Gestión Integral del SENADIS 2012, para tal año se pusieron en marcha cinco proyectos pilotos de apoyo domiciliario y comunitario en la Región de Valparaíso y Metropolitana, que coordinaron y ejecutaron prestaciones y acciones sociales y de salud para personas con discapacidad en situación de dependencia, permitiéndoles permanecer en su entorno familiar habitual, asegurando tanto a ellos como a sus familias mejores condiciones de vida.

3.6.2. Programas ambulatorios.

Orientados a apoyar a las personas con discapacidad en situación de dependencia permitiendo la alternancia con el sistema familiar o residencial, asegurando el acceso a actividades de rehabilitación y fortalecimiento de la autonomía, y a actividades recreativas, laborales y de participación social y comunitaria, en relación con la red local de servicios. Destaca la modalidad de Centros Sociales Diurnos, cuyo fin es entregar herramientas de desarrollo a los usuarios en los demás campos de su quehacer diario.

Subsecretaría de Previsión Social

Estas acciones y proyectos de atención domiciliaria y comunitaria buscan coordinar y ejecutar prestaciones, acciones sociales y sanitarias para personas con discapacidad en situación de dependencia, permitiéndoles permanecer en su entorno familiar habitual asegurando a ellos y a sus familias mejores condiciones y de vida.

Durante el año 2012, SENADIS trabajó en la elaboración de un Sistema Integrado de Programas para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas con Discapacidad en Situación de Dependencia que permita dar una respuesta, desde el Estado, a personas en situación de dependencia. El sistema buscar articular, fortalecer y crear una red de dispositivos y programas, generando a su vez modelos técnicos de referencia, financiamiento, asesoría y supervisión, con planes diferenciados según grados de dependencia y necesidades particulares. De este modo, se presentó una modificación al Programa de Autonomía y Dependencia a DIPRES para aumentar el presupuesto y modificar la orientación del programa existente. El programa fue aceptado en el aspecto técnico, pero rechazado en el presupuestario. Dicho presupuesto anual para el año 2013 designó un total de \$173 millones para el programa Promoción de la Autonomía y Atención de la Dependencia.

3.7. 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 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.

Subsecretaría de Previsión Social

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. 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. El INE, 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.

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.

3.8. 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 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). Por su parte, otra diferencia significativa en cuanto a la entidad de la protección de la invalidez quedará determinada por el origen de la misma, correspondiendo al sistema de protección de riesgos del trabajo la cobertura de aquellas que tengan tal fuente.

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. 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, que disminuye conforme suben los ingresos hasta ser cero 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 las Comisiones Médicas de Invalidez realizan esta labor. 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 100% de la renta promedio mensual. 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.

Subsecretaría de Previsión Social

Por su parte, las pensiones solidarias de invalidez son otorgadas 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. Alcanza los 75 mil pesos mensuales.

Por último, la determinación de prestaciones por invalidez en el sistema de riesgos del trabajo utilizan un criterio propio: pérdidas de capacidad de trabajo inferiores al 15% no dan derecho a beneficios pecuniarios (si bien sí a los médicos); entre el 15% y el 40% se tendrá derecho a una indemnización de hasta 15 veces el sueldo base; entre el 40% y el 70%, se accede a una pensión del 35% del sueldo base; sobre el 70%, la pensión será del 70% del sueldo base. Adicionalmente, en una de las pocas recepciones del concepto de dependencia, si el trabajador requiere auxilio de terceros para la realización de actos elementales de la vida, se le concede un suplemento del 30% del sueldo base. Es menester destacar que el arribo del beneficiario a la edad legal de jubilación lo obliga a acceder a la pensión de vejez que le corresponda, poniendo término a los beneficios pecuniarios del sistema de riesgos del trabajo, si bien se mantienen las prestaciones médicas.

3.9. Resumen

Existen algunas medidas en el sector público dirigidas a adultos mayores con dependencia, de las cuales pueden vincularse ciertas partidas de gasto periódicas, las que se resumen en el Cuadro N° 59 y representan el 0,01% del PIB (con un gasto per cápita de \$661 mil).

Cuadro N° 59: Presupuesto de algunos programas destinados al cuidado de Adultos Mayores con dependencia

Programa	Fuente	Objetivo	Cobertura	Presupuesto 2013 (MM\$)
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.	11.180	1.897
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.	661	3.728
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.	4.360	3.971
Programa Fondo Subsidio ELEAM	SENAMA	Financiamiento de iniciativas de apoyo directo presentadas por establecimientos de larga estadía sin fines de lucro y que cuentan con autorización sanitaria.	6.259	6.201

Subsecretaría de Previsión Social

Programa	Fuente	Objetivo	Cobertura	Presupuesto 2013 (MM\$)
Programa de Cuidados Domiciliarios	SENAMA	Orientado a que cuidadores debidamente capacitados otorguen prestaciones socio-sanitarias a Adultos Mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia moderada o severa.	1.200	178
Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor	SENAMA	Orientado a que en un espacio físico adecuado se pueda cubrir necesidades de atención básica bio-psico-social para mantener a las personas mayores en su entorno, retrasar el deterioro funcional, promover el envejecimiento activo y saludable y fortalecer su autonomía.	1.200	741
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.	693	173
Total:			25.553	16.889
% PIB				0,01%

Fuente: DIPRES. Elaboración propia.

Como puede observarse, el tratamiento de la dependencia en Chile todavía se realiza por medio de medidas de alcance limitado, situación que históricamente ha sido común en todas las contingencias y regímenes que componen la seguridad social.

Al igual que en estos, gradualmente el desarrollo de la sociedad crea una masa crítica de intervenciones que requieren ser concentradas y reconducidas, y cuyo resultado puede ser el nacimiento de nuevas prestaciones, seguros, instituciones o ámbitos de la Seguridad Social.

4. PROVISIÓN ACTUAL DE CUIDADOS A LOS ADULTOS MAYORES

4.1. Oferta de Cuidados en Chile

Analizar la oferta de servicios de cuidados requiere considerar las personas que proveen los servicios así como el régimen de bienestar que se hace cargo de esa demanda. Implica una distribución de la satisfacción entre al mercado, las propias familias y estado en la provisión de bienestar. La organización de los cuidados en Chile al igual que en el resto de América Latina, tiene un carácter mixto. Puede ser efectuada por organismos públicos y privados y se realiza dentro y fuera de los hogares y las familias. Siguiendo a Arriagada, 2010, se puede distinguir a tres tipos de trabajo doméstico y de cuidado:

- Trabajo doméstico no remunerado realizado dentro de las familias principalmente por las mujeres que son cónyuges y por las que son jefas de hogar que, son quienes destinan más tiempo a las actividades domésticas y de cuidado.

Subsecretaría de Previsión Social

- Cuidadoras remuneradas: entre quienes se puede incluir a las empleadas domésticas, las niñeras, arsenaleras, enfermeras, en sus diversas modalidades: con jornadas completas o parciales y con residencia en el hogar o fuera de él.
- Servicios médicos y de enfermería basados en el hogar: estos servicios prestan atención a los adultos mayores que no pueden acudir al hospital, a niños y personas discapacitadas, generalmente son extremadamente caros y muy pocos de ellos son subsidiados o gratuitos.

Fuera del hogar en las modalidades estatal y de mercado, pueden tener un carácter público y privado:

- Mercado: Incluye los servicios privados para el cuidado infantil: salas cunas/guarderías, atención preescolar en jardines y educación primaria. También los servicios de residenciales para adultos mayores, hospitales y clínicas. Estos servicios son habitualmente de costos muy elevados.
- Estado: Incluye los servicios estatales públicos y no estatales para el cuidado infantil y de los adultos mayores: guarderías, jardines infantiles, centros para el cuidado diario de adultos mayores, hospitales y postas. Estos servicios no alcanzan a cubrir la demanda de quienes lo requieren.
- Organizaciones comunitarias, se incluye en este grupo los servicios ofrecidos por cuidadoras voluntarias, de organizaciones comunitarias con apoyo de la cooperación internacional y otros.

Según Arriagada 2010, durante las últimas décadas ha habido una crisis de cuidado en Chile que se ha intensificado debido a una reducción en la oferta y a un aumento de la demanda de cuidado debido a varios factores:

- a) El descenso de la fecundidad y por lo tanto la existencia de menos cuidadores a futuro, así el descenso de la fecundidad ha sido muy intenso: en 1950 el promedio de hijos por mujer alcanzaba a 4.6 y hacia 2003 llegaba a sólo 1.9;
- b) La incorporación de las mujeres al mercado laboral que origina el aumento de familias donde ambos padres trabajan, y por tanto menor cantidad de mujeres dedicadas exclusivamente al cuidado y al trabajo doméstico. La tasa de actividad refinada femenina que en 1990 alcanzaba a 29,9%, en una estimación conservadora alcanzará a 43,4% en 2010;

Subsecretaría de Previsión Social

- c) El crecimiento de los hogares monoparentales a cargo de mujeres que trabajan, quienes deben combinar precariamente el cuidado de su familia y su trabajo fuera del hogar, así como de los hogares unipersonales de adultos mayores;
- d) el aumento de la esperanza de vida de la población, que es mayor en la población femenina, así la esperanza de vida de las mujeres en 1990/95 alcanzaba a 77,4 años y en 2010/15 se estima que alcanzará 82,2 años;
- e) la mantención de una distribución sexual del trabajo rígida en los hogares, es decir, pese a la incorporación masiva de las mujeres en el mercado laboral no se observa un aumento de la participación equivalente de los varones en el trabajo doméstico y de cuidado;
- f) el aumento de la demanda de los sectores medios incorporados al mercado laboral y que tienen las condiciones económicas para contratar trabajadoras de hogar remuneradas, en sus diversas modalidades flexibles, uno a cinco días a la semana de una a ocho horas diarias; La externalización de cuidados familiares desde la familia a servicios públicos o al mercado de trabajo, como estrategia adaptativa a la crisis de los cuidados.

De esta forma, a futuro, habrá mayor población que cuidar y menos cuidadores.

La oferta existente en Chile es diversa y de carácter mixto. La principal es la que ofrecen las mujeres en sus hogares como trabajo doméstico no remunerado, también los servicios del mercado tanto formales como informales, y los servicios gubernamentales, que se han ampliado, especialmente para cubrir las necesidades de los niños menores de 6 años y en menor medida de los adultos mayores.

La provisión de servicios de cuidados corresponde a la entrega de cuidados especiales requeridos por personas mayores dependientes (a diversos grados), a nivel multidimensional: primero en el sentido del perfil funcional físico, psíquico y socio-emocional; y también en el sentido del grado funcional (auto-valente, dependiente y postrado). Existen diversas maneras de provisionar los servicios de cuidados: vistas al domicilio, tele-asistencia, viviendas tuteladas e instituciones especiales para dichos cuidados (denominadas en Chile como ELEAM).

La provisión de servicios de cuidados en Chile se ampara en varios acuerdos y consensos internacionales como por ejemplo la Declaración Universal de D.D.H.H.; el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento; los Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores; los que hacen posible la concepción de los siguientes elementos y principios:

Subsecretaría de Previsión Social

1. Mantenimiento de la participación de la vida comunitaria, social y familiar
2. Adaptaciones del entorno en la vivienda y dispositivos auxiliares para compensar funciones disminuidas
3. Evaluación ex ante y ex post de la situación social o sanitaria (planes previos y seguimiento)
4. Programas enfocados en la reducción de discapacidades o prevención del agravamiento del deterioro
5. Atención en entornos institucionales o residenciales (cuando corresponda)
6. Medios de reconocimiento y atención de necesidades espirituales, emocionales y psicológicas
7. Atención paliativa y apoyo psicológico en caso de duelo
8. Apoyo a cuidadores informales (familia, amigos, etc.)
9. Servicios de apoyo profesional atendiendo características culturales.

Lo anterior se sustenta a través de tres vías, denominadas en la literatura como housing: stock de viviendas, condominios de viviendas tuteladas (sheltered housing) y Establecimientos de larga estadía para Adultos Mayores (ELEAM), estando estos últimos destinados a aquellas instancias en que las personas mayores no pueden ser provistas de los cuidados requeridos por sus familias. Los ELEAM se encuentran regidos por el Ministerio de Salud y fiscalizados por los Servicios de Salud territoriales.

4.2. Definición ELEAM

Instituciones donde residen personas de 60 años o más que requieren de servicios de cuidados diferenciados en un ambiente protegido como consecuencia de deficiencias biológicas, psicológicas o sociales, con el fin de prevenir agravamientos en sus deficiencias y mantener y estimular la funcionalidad de sus capacidades restantes.

Algunos de los criterios de calidad u objetivos que deben ser perseguidos por el sistema chileno de cuidados son⁹:

⁹ Fuente: Informe Final Catastro Eleam Nacional 2012

Subsecretaría de Previsión Social

- Tiempo de permanencia de los dependientes
- Financiamiento del sistema
- Gestión del cuidado profesional
- Desarrollo de planes y evaluaciones permanentes
- Generación de criterios de ingreso (funcionales y sociales)
- Establecimiento de la familia como eje del sistema de cuidados
- Homogeneidad en la calidad del servicio a través de los niveles de dependencia
- Grado de coordinación del sistema

No obstante lo anterior, se argumenta que el sistema en la actualidad funciona en base a un solo criterio de calidad, a saber, la satisfacción del cliente, por lo que una de las propuestas principales es generar un sistema de gestión de calidad de mejora continua que permita afinar la planificación estratégica con tal de atacar la mayor cantidad de variables de calidad posibles.

4.3. Otras modalidades de provisión de servicios de cuidados

Condominios de viviendas tuteladas (sheltered housing): conjuntos habitacionales con espacios comunes, los que se encuentran constituidos por 10 a 20 viviendas, sede comunitaria, áreas verdes, entre otros. Este modelo funciona bajo la premisa de que las personas mayores autogestionen su vida al interior del condominio y reciban apoyo sociocomunitario con fines de integración. Notar que este tipo de servicio se enfoca en adultos mayores de perfil autovalente que estén en busca de una situación habitacional.

4.4. Falencias y desafíos del sistema Chileno

En primer lugar, existen importantes falencias a nivel de fiscalización, principalmente en el sentido de escasez del personal necesario para llevar a cabo dichas labores, como también insuficiencia en el espacio físico (instalaciones). A su vez, la insuficiencia de logros en beneficio del dependiente, así como de indicadores pertinentes para ello, la escasa integración de los Establecimientos con su entorno, la ausencia de medición de satisfacción del usuario y su familia (en consecuencia, un escaso feedback) se suman a los desafíos. Finalmente, se deben considerar mejoras sustanciales en cuanto a la estructura administrativa y organizacional y a la planificación estratégica.

Subsecretaría de Previsión Social

Adicionalmente, se hace urgente que los ELEM sean acreditados de acuerdo a criterios establecidos internacionalmente. Un ejemplo de sistema de acreditación es el Resident Assesment Instrument (RAI), reformas realizadas en Estados Unidos para la regulación del sistema de “nursing homes”.

4.5. Realidad Nacional

En el marco de la instalación de un Sistema de Protección Social para los y las adultas mayores en Chile se han implementado diversos programas gubernamentales: El Programa Vínculos forma parte del Sistema de Protección Social Chile Solidario, es ejecutado conjuntamente entre el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), su objetivo es asegurar que las personas mayores de 65 años, en condiciones de vulnerabilidad, cuenten con subsidios garantizados, accedan en forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de protección social. El Fondo Nacional del Adulto Mayor financia proyectos concursables en los territorios de todas las regiones del país. El Programa de intervenciones innovadoras para el adulto mayor que promueve la innovación, en la atención local al adulto mayor y la profesionalización de la gestión municipal destinada al trabajo en beneficio de las personas mayores. Programa de vivienda protegida para mayores “Derecho a Techo”, este programa que recién se está ejecutando en conjunto por el Ministerio de Vivienda (MINVU) y el SENAMA, busca proporcionar vivienda y mejoramiento de las viviendas a las personas mayores en situación de vulnerabilidad a fin de promover su independencia y autonomía. El Programa Fono mayor es un servicio social, gratuito y a nivel nacional que se encarga de atender, acoger, orientar y entregar información al público en general en materias propias del servicio y sobre vejez y envejecimiento.

Por otra parte, mediante el programa de transferencias de recursos gubernamentales al Consejo de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) de carácter privado, se ha logrado mejorar la cobertura de atención y profesionalizar los servicios que actualmente la institución brinda. Ello ha permitido dar respuesta a la creciente demanda de institucionalización de personas mayores semivalentes y postradas, avanzando en determinar un estándar de atención especializada y diferenciada según el nivel de funcionalidad de los residentes. Los requisitos que deben cumplir las personas para ingresar a Hogares y Centros Abiertos son: tener 65 años o más de edad (para Hogares), tener 60 años a más de edad (para Centros Diurnos), manifestar deseo voluntario de ingresar, evaluación médica realizada por CONAPRAN, tener una condición de

Subsecretaría de Previsión Social

vulnerabilidad social o escasos recursos (evaluación realizada por CONAPRAN) y es deseable contar con un apoderado o familia (www.conapran.cl).

Asimismo, hay un antecedente general a tener en cuenta que es el hecho que existe un gran déficit de oferta de recursos humanos para la atención en salud, se estimaba en 2006 un promedio de 779 habitantes por médico colegiado y esa proporción es notablemente menor en el caso de la salud especializada del adulto mayor, según un estudio del BID publicado en 2002, en Chile había solo siete geriatras formados: uno por cada 227.000 adultos de 60 años y más, correspondientes al 0,04% del cuerpo médico nacional, y solo existen 6 médicos psiquiatras que atienden ancianos. Según informaciones recientes, en 2009 se cuenta con 27 geriatras registrados, sin embargo, se estima que la demanda de geriatras alcanza a 300 para una población que en 2030 llegará a más de tres millones de adultos mayores.

La misma situación crítica se aprecia en relación con el personal universitario de enfermería y auxiliares especializados en geriatría. La oferta de servicios de cuidado domiciliario para personas de edad se realiza sin que existan normas de certificación y acreditación para ello.

Se estima que actualmente habría 26.854 adultos mayores institucionalizados, en 1.668 residencias de ancianos. De éstas, 624 corresponden a residencias colectivas informales y 1.044 a residencias colectivas formales. Estas últimas son dependientes de instituciones privadas tales como Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas, CONAPRAN, hogares de colonias extranjeras, entre otros.

La información proporcionada por una de esas instituciones -la Fundación Las Rosas, organismo privado dependiente de la Iglesia Católica- indica que en la actualidad mantiene 40 hogares, donde viven 2.400 adultos mayores. El 38% de ellos son postrados, un 23% es semivalente, y el 39% restante es autovalente. Un indicador importante de falta de cumplimiento de los derechos a ser cuidados de los adultos mayores se manifiesta en la alta demanda insatisfecha puesto que, por ejemplo, a la Fundación Las Rosas llegan 180 peticiones de ingreso mensuales y sólo hay 30 vacantes.

4.5.1. La oferta privada de cuidado.

La principal forma de satisfacción de las necesidades de cuidado en Chile se realiza mediante el trabajo no remunerado realizado por las mujeres en sus hogares. La distribución del trabajo remunerado y no remunerado de Chile es muy desigual por

Subsecretaría de Previsión Social

género. En términos de horas, los hombres que viven en la región metropolitana de Santiago destinan en total 11,8 horas al trabajo remunerado y no remunerado, en tanto las mujeres santiaguinas destinan 12,6 horas diarias. Las mujeres realizan el 63% del total de las tareas del hogar y el 78,8% del cuidado de las personas en el hogar. Para ambos sexos la actividad remunerada es la que demanda más tiempo: 7,8 horas para las mujeres y 9 horas para los varones.

Cuando se observa la distribución de actividades de hombres y mujeres se constata que la mayor desigualdad en tiempo es la destinada al trabajo doméstico y de cuidado. Las mujeres participan en un 78,8 % y destinan 2,6 horas al trabajo doméstico y al cuidado de los demás integrantes del hogar y los varones tan sólo en 21,2% y 1,5 horas solamente. Entre las actividades domésticas y de cuidado, el mayor tiempo de las mujeres se destina a las actividades domésticas: hacer el aseo, realizar compras y preparar la comida que en el caso de las mujeres ocupa el 78% de su tiempo y en promedio 3,9 horas diarias, el cuidado de los demás integrantes del hogar alcanza a 32% y 2,6 horas diarias. La participación de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidado se intensifica durante los fines de semana y su participación alcanza a 84,6% los sábados y los domingos.

Cuando se observan los niveles de participación en el trabajo doméstico de hombres y mujeres a los largo de su ciclo vital se aprecian importantes diferencias: la participación masculina no varía en el tiempo en cambio, la femenina tiene un máximo en el grupo de edad de 30 a 44 años y luego entre las mayores de 60 años, posiblemente puede tratarse de abuelas que cuidan.

Dentro de los ELEM existen entidades privadas con fines de lucro y entidades privadas o públicas con fines de lucro. Las primeras basan su atención (requisito) en aquellas familias que cuenten con los recursos económicos necesarios, mientras que las entidades sin fines de lucro consideran en su arancel un factor de vulnerabilidad socioeconómica.

Del total de ELEM, el 65,8% son del tipo privada-con fines de lucro mientras que en el grupo sin fines de lucro están las fundaciones o congregaciones religiosas que abarcan el 31,5%, finalmente se encuentran las entidades públicas representando el 2,6% de la muestra (726).

Las entidades privadas sin fines de lucro se presentan en el Cuadro N° 60, de estas a cargo de la iglesia católica está el Hogar de Cristo y CONAPRAN.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuadro N° 60: Instituciones, fundaciones o congregaciones a la cual pertenecen los ELEM

<i>Institución</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Fundación Las Rosas</i>	40	17,5
<i>Hogar de Cristo</i>	17	17,4
<i>San Vicente de Paul</i>	24	10,5
<i>CONAPRAN</i>	12	5,2
<i>OTRA</i>	136	59,4
<i>Total</i>	229	100

Fuente: INFORME FINAL CATASTRO ELEM NACIONAL 2012

Del total de ELEM un 93,3% están autorizadas, un 6,6% en vías de tramitación y un 0,3% declara que su autorización caducó. Respecto a la antigüedad un 69,3% del total tiene 17 o menos años de funcionamiento.

En promedio cada institución atiende 24 A.M., actualmente el total de ELEM atiende a 17.003 A.M., Respecto a la capacidad máxima apreciamos que en promedio poseen 27 plazas, y al menos un 75% de la muestra declara poder cubrir 30 plazas, con lo que la oferta máxima de plazas a ofrecer son 19634, con esto sabemos que existirían todavía 2631 cupos. Las entidades privadas con fines de lucros atienden actualmente al 41,4% de los AM mientras que las fundaciones atienden al 56,2%, finalmente las entidades públicas atienden al 2,4%.

Según el perfil de funcionalidad de los residentes, Cuadro N° 61, en los 3 tipos de ELEM predomina el perfil semivalente, comparando los otros dos tipos de perfil vemos que solamente en instituciones privadas predominan personas autovalentes, mientras que en fundaciones y entidades públicas predominan personas postradas.

Cuadro N° 61: A.M. Según naturaleza de ELEM

<i>Naturaleza del ELEM</i>	<i>Autovalente</i>		<i>Semivalente</i>		<i>Postrados</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>% fila</i>	<i>N</i>	<i>% fila</i>	<i>N</i>	<i>% fila</i>	<i>N</i>	<i>% fila</i>

Subsecretaría de Previsión Social

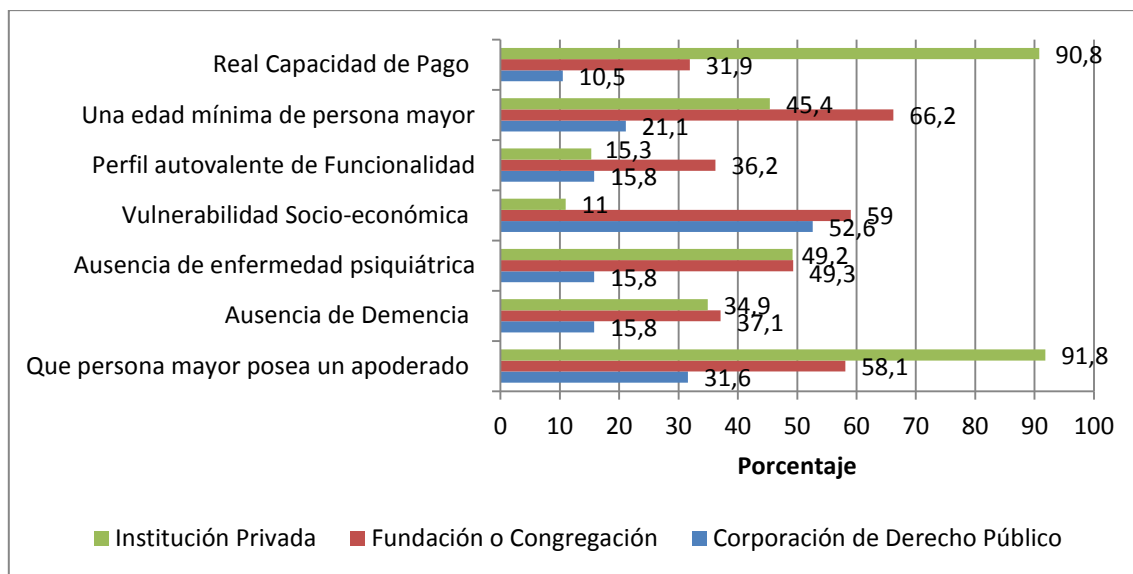
<i>Institución Privada</i>	2.173	30,8	3.744	53,1	1.136	16,1	7.053	100
<i>Fundación o congregación</i>	2.241	23,4	4.523	47,3	2.793	29,2	9.557	100
<i>Corporación de derecho Público</i>	82	20,2	206	50,7	118	29,1	406	100

Fuente: INFORME FINAL CATASTRO ELEM NACIONAL 2012

4.6. Criterios de Admisión

Respecto a los criterios de admisión, la mayoría son mixtos 85,8%, mientras que un 12,1% admite sólo a mujeres, otros criterios que ocupan para admitir son que la persona tenga apoderado y que tenga capacidad real de pago. Los criterios de admisión, que se pueden desglosar por tipo de institución, son presentados en el Gráfico N° 13.

Gráfico N° 13: Requisitos de Admisión establecidos por naturaleza de ELEM



Fuente: INFORME FINAL CATASTRO ELEM NACIONAL 2012

4.7. Aranceles

Un 5,2% de la muestra analizada en el Informe Final Catastro ELEM Nacional 2012, cobra cuotas de incorporación. Respecto a los aranceles un 85,2% cobra aranceles diferenciados según sea el caso, un 12,9% tiene un cobro universal (plano) y un 1,9% cobra solamente la pensión básica solidaria, Cuadro N° 62 y Cuadro N° 63.

Cuadro N° 62: Estadísticos de arancel mensual de los ELEM

Subsecretaría de Previsión Social

	<i>Arancel Universal</i>	<i>Arancel Mínimo</i>	<i>Arancel Máximo</i>
<i>Media</i>	241.675	251.070	366.068
<i>Desviación Estándar</i>	207.360	177.022	242.047
<i>Mediana</i>	230.000	200.000	300.000
<i>Percentil 75</i>	350.000	350.000	485.000
<i>Valor Mínimo</i>	0	0	0
<i>Valor Máximo</i>	1.000.000	1.300.000	1.938.000
<i>Total</i>	107	629	629

Fuente: INFORME FINAL CATASTRO ELEAM NACIONAL 2012

Cuadro N° 63: Arancel según naturaleza de los ELEAM

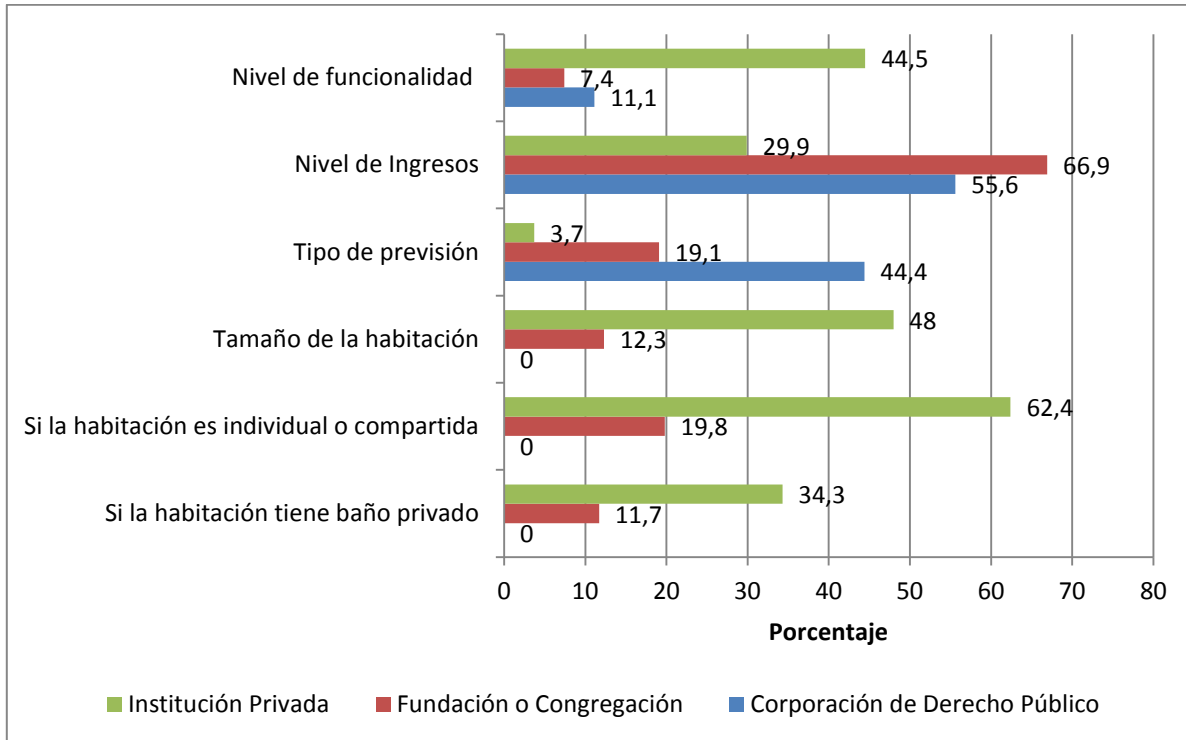
<i>Naturaleza del ELEAM</i>	<i>Media</i>		
	<i>Arancel Universal</i>	<i>Arancel Mínimo</i>	<i>Arancel Máximo</i>
<i>Institución Privada</i>	372.868	293.971	433.616
<i>Fundación o congregación</i>	112.262	89.257	230.729
<i>Corporación de derecho Público</i>	115.773	71.753	181.691
<i>Total</i>	107	629	629

Fuente: INFORME FINAL CATASTRO ELEAM NACIONAL 2012

Debido a que la mayoría de los ELEAM hace cobros diferidos de aranceles, es necesario analizar los criterios con los cuales aplican dicha diferenciación, Gráfico N° 14. A nivel agregado se constata que los 3 mayores criterios son si la habitaciones individual o compartida (49,9%), el nivel de ingresos (40,9%) y el tamaño de la habitación (37,2%). Para las entidades privadas las características habitacionales son un criterio importante junto al perfil de funcionalidad, sin embargo para los otros tipos de instituciones es el criterio más importante, finalmente para las instituciones públicas el tipo de previsión es importante.

Subsecretaría de Previsión Social

Gráfico N° 14: Criterios de diferenciación de arancel promedio mensual por naturaleza de ELEM



5. PROPUESTA

Las contingencias cubiertas por dos programas fundamentales de la seguridad social, como lo son Salud y Pensiones, comparten como elemento común su carácter de forzoso, ya que las personas carecen de una visión de largo plazo que integre las eventuales contingencias que puedan acontecer en estos ámbitos. A lo anterior se le ha denominado en materia de seguridad social la “miopía de la seguridad social”.

Tal como es el caso de las contingencias antes señaladas, la dependencia, que posee componentes del ámbito de salud y de sustitución de ingresos laborales, se encuentra en la zona de la miopía de la seguridad social. Debido a esto iniciativas particulares y aisladas que traten de cubrir esta contingencia, no han tenido el éxito requerido para su permanencia en el tiempo, siendo necesario otro tipo de iniciativas que permitan protegerse ante la contingencia de la dependencia y que a la vez aseguren la sostenibilidad financiera de largo plazo de este beneficio.

Subsecretaría de Previsión Social

En la actualidad el concepto de familia tradicional ha variado a una familia compuesta por menos integrantes, y con un foco en el núcleo directo. Lo anterior restringe la red de apoyo futura que puede tener el adulto mayor al caer en una condición de dependencia, por lo cual se hace necesario prever esta situación con medidas orientadas a generar redes de apoyo al cuidado de estos.

La encuesta calidad de vida de los adultos mayores, entre otras encuestas, realizada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, en conjunto con Caja Los Andes, al consultar por el mayor temor de los A.M. es caer en una situación de dependencia por todo lo que implica esa condición, prefiriendo en una situación hipotética la muerte antes que caer en esa condición.

Uno de los objetivos planteados en la licitación es la prospección del seguro ante diferentes actores nacionales, teniendo en consideración los requisitos y condiciones que deben cumplir, así como limitaciones legales para poder operar y/o administrar el seguro de dependencia, ya sea solo la operación de este, o la administración de las prestaciones ofrecidas.

Al respecto el equipo consultor ha sostenido reuniones de trabajo con diversos actores nacionales, a los cuales se les ha presentado y explicado los alcances y objetivos de un seguro de dependencia, ante lo cual se les ha solicitado su opinión y expresión de interés respecto a esta política pública en estudio.

Las instituciones ante las cuales se han sostenido reuniones son: Confederación de la Producción y el Comercio, Asociación Gremial de Cajas de Compensación, Asociación Gremial de Aseguradores, Hogares Alemanes, Caja de Compensación Los Héroes, Ilustre Municipalidad de las Condes y Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. De estas reuniones se puede inferir lo siguiente:

- Confederación de la Producción y el Comercio: Consideran pertinente el tema, pero compleja su implementación, ya que existen otros temas prioritarios como lo es el mejoramiento de las pensiones de los jubilados actuales y futuros, una vez solucionado esto por medio de ajustes paramétricos al sistema de pensiones será posible evaluar una política como la propuesta.

Subsecretaría de Previsión Social

- Asociación Gremial de Cajas de Compensación: Muestran gran interés en la política, ya que se encuentra en su ámbito de acción en lo referido a la administración y compensación de prestaciones sociales.

En lo que respecta al financiamiento de la política considerar tener ventajas competitivas frente a otras industrias, evaluando a priori que sería posible recaudar un 1% de la pensión para el caso de los pensionados con el objetivo de financiar prestaciones adicionales a las establecidas por la política pública, junto con la generación de un aporte adicional desde el fondo social que ellas manejan para facilitar la puesta en marcha de la medida, en caso de ser ellas las administradoras.

Con respecto a la operación de los beneficios consideran que deberían ser instituciones especializadas y ad hoc al cuidado de la dependencia

- Caja de Compensación Los Héroes: Es una política que está alineada con el objeto social de las Cajas de Compensación, que contribuiría a dar dignidad a los adultos mayores, junto con la posibilidad de ser complementada con otras prestaciones otorgadas de manera voluntaria por las Cajas de Compensación.
- Hogares Alemanes: Comparte su experiencia destacando los siguientes aspectos: existe dificultad en encontrar personal idóneo para el trabajo con adultos mayores, por lo cual se ha optado por la formación directa de estos; el contexto social y geográfico determina las necesidades del adulto mayor, es imposible diseñar un producto standard para la atención de los dependientes. Adicionalmente comentan que el perfil del cuidador es de mujeres mayores a 30 años, las cuales tienen que estar realmente comprometidas para realizar las labores que implica el cuidado de los dependientes.
- Ilustre Municipalidad de las Condes: Comparte su experiencia en lo referido a programas de adulto mayor indicando que en la actualidad ellos poseen programas orientados a Dependientes, abandonados y postrados, haciendo hincapié que para la operación de estos programas se requiere de algún familiar que cuide y se haga cargo del A.M. por lo anterior se considera apropiado contemplar un seguro de protección a la dependencia que por un lado provea los cuidados en caso de no existir un familiar que se haga cargo de esa situación, y por otro que exista un financiamiento centralizado para las prestaciones orientadas a los dependientes.
- Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile: Consideran que es de suma relevancia abordar el tema de la dependencia de los adultos mayores, ya que es una problemática en aumento.

Subsecretaría de Previsión Social

En lo que respecta a los cuidadores señala que es de suma relevancia la existencia de un registro nacional de estos, los cuales tienen que ser capacitados en las tareas que deben enfrentar frente a una persona dependiente. Frente a lo anterior comentan la experiencia de haber realizado un curso de formación de 120 horas en conjunto con la Universidad de Chile para formar a cuidadoras de un programa SENAMA. En esta línea recalcan la importancia de formar a los cuidadores, y que esta labor debe ser realizada por una entidad profesional, demostrándose completamente dispuestos a cumplir con este rol en caso de ser requerido.

5.1. Diseño de Seguro

Acorde a los diferentes antecedentes reunidos sobre los modelos de seguros de protección a la dependencia o cuidados de largo plazo en el mundo, se observan 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 (CIEDESS 2012). La pertinencia de implementar una cobertura de este tipo radica en el rápido envejecimiento de la población, donde los adultos mayores se duplicarán en tan solo 25 años.

Cabe destacar que la realidad de cada país posee complejidades propias y no existe una semejanza en los diferentes ámbitos de configuración del seguro. Dependiendo de las características de la organización cultural, política y administrativa de un país, entidades locales y comunidades 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 domiciliario e institucional, hasta retribuciones esencialmente monetarias o teleasistencia.

Pese a las diferencias, existen consideraciones relevantes para establecer un mejor sistema, destacándose las siguientes:

- a) Sostenibilidad financiera: Evaluaciones para un correcto funcionamiento en el corto y largo plazo.

Subsecretaría de Previsión Social

- b) Monitoreo constante: Las soluciones son complejas y cambiantes, deberían ser ajustadas regularmente.
- c) Satisfacción de las necesidades individuales: Las necesidades de las personas deberían determinar los tipos de servicios disponibles.
- d) Preservar la autonomía: La prestación de servicios debe preservar la autonomía de los beneficiarios.
- e) Promoción de la equidad: Los costos deben ser compartidos equitativamente entre los individuos, las familias y la sociedad, y los servicios deben ser igualmente accesibles y asequibles, independientemente del estado en el que vive la persona beneficiada.

Como todo sistema de seguridad social, el seguro se basará en principios claves como la universalidad, la solidaridad y equidad en el acceso y la sustentabilidad.

Las características generales de un seguro social para la dependencia para Chile, puede ser mixto, en cuanto al financiamiento, esto es contributivo, con aporte, en base al salario, de trabajadores y de empleadores y subsidiado desde el Gobierno central y descentralizado (Aporte municipal), organizado en un sistema tipo “pay as you go” o de reparto en lo financiero. También pueden considerarse con financiamiento de los hogares a través de co-pagos

La organización central del seguro es Estatal, con participación público – privada en la provisión de proveedores en convenio con el organismo administrador. No obstante lo anterior, el organismo administrador podría ser privado, una entidad sin fines de lucro o un organismo estatal existente o especialmente creado para ello.

La provisión consiste en un catálogo de beneficios definido y financiado a todos por igual. Para la provisión se requieren entes proveedores certificados a nivel grupal que participan en licitaciones para obtener las carteras locales a ser provistas del servicio. El catálogo consistirá básicamente en cuidados domiciliarios destinado a las personas dependientes individuales o en instituciones, según corresponda

La regulación ocurrirá desde el nivel central del Estado esto es Ministerios involucrados como el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el Ministerio de Salud, con sus respectivas herramientas fiscalizadoras que son ambas superintendencias. Se conformará un Consejo asesor con atribuciones relevantes en las decisiones de desarrollo del seguro.

Subsecretaría de Previsión Social

En virtud de lo anterior, la propuesta de diseño de un seguro de dependencia para Chile se alimenta de ciertos principios para una mayor factibilidad y eficiencia. En primer lugar debe considerarse la integralidad de los nuevos servicios con las prestaciones ya existentes, tanto en el sistema de salud como otros organismos focalizados en el segmento de población relevante. Dado que la dependencia se expresa, en general, como un proceso temporal en el cual los individuos van perdiendo sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, es fundamental incorporar un servicio acorde y especializado.

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.

En segundo lugar, se mantiene la idea de un financiamiento compartido, donde intervenga el trabajador, el empleador y el Estado. Se propone la idea de reunir los recursos que demande su aplicación, considerando la etapa activa completa del potencial beneficiario mediante una tasa de cotización sustentable en el largo plazo, complementado con distintas fuentes, tales como copago, aporte eventual de municipios donde residan los beneficiarios y aportes del Estado. Adicionalmente, en la medida que se establezca en plenitud este seguro, existe la posibilidad de sustituir gastos que actualmente existen.

Un tercer principio se refiere a la gradualidad de la prestación, ya que por razones de financiamiento puede resultar apropiada una progresividad en la aplicación (similar a otros regímenes como el Sistema de Pensiones Solidarias en la Reforma Previsional). Pese a lo anterior, el catálogo de prestaciones viene dado por un plan garantizado de cuidados de largo plazo estándar para todos, capaz de sustituir la informalidad de prestaciones actuales.

Por su parte, con la finalidad 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 son múltiples las opciones, las que pueden canalizarse a través de una licitación pública. Mientras que por el lado de la supervisión, el carácter de seguro social vincula directamente al Estado tal responsabilidad.

5.2. Consideraciones generales

Subsecretaría de Previsión Social

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. Lo anterior implica que las soluciones difieren de país a país.

Actualmente en Chile las soluciones orientadas a cubrir la dependencia de los A.M. se pueden clasificar en dos ámbitos, aquellas basadas en una solución de carácter familiar, donde estos concurren al financiamiento y solución, de manera particular y específica, de la dependencia del adulto mayor. Por otro lado existen soluciones impulsadas por instituciones de beneficencia o algunos programas del gobierno y municipios, las cuales se caracterizan por ser aisladas, sin vinculación mayor entre ellas, y de una cobertura menor en cuanto a la población beneficiada.

Soluciones a la dependencia desde el ámbito familiar, históricamente han sido la herramienta más efectiva a este problema (abstrayéndose al tema financiero), sin embargo esta situación está cambiando y a futuro se espera que lo siga haciendo, debido a los cambios demográficos de nuestro país. Lo anterior se ha visto reflejado en una disminución de los integrantes del núcleo familiar, junto con un cambio en las relaciones familiares, dejando de lado la familia extendida.

Un claro ejemplo de lo anterior es la proliferación en los últimos años de residencias de adultos mayores que han cambiado el foco y profesionalizado este tipo de instituciones del concepto clásico (para nuestra realidad) de las casas de reposo existentes. Este ejemplo deja de manifiesto que el arreglo social para enfrentar la última etapa de la vida está cambiando, acorde a los cambios demográficos que estamos atravesando, lo cual tiene asociado una serie de desafíos ante los cuales tenemos que prepararnos, siendo uno de ellos el seguro de protección a la dependencia.

Por el lado del gobierno e instituciones de beneficencia, su trabajo se ha visto enfocado en aquellos grupos de A.M. vulnerables en temas económicos y que carecen de una red de apoyo familiar y económico, como para hacer frente a los requerimientos que surgen en un estado de dependencia. La demanda por este tipo de servicios es creciente en el tiempo, y ha quedado demostrado que es insuficiente para satisfacer la demanda actual, lo que deja de manifiesto el gran desafío que tiene el gobierno y las personas de generar los recursos y servicios adecuados para cubrir las necesidades actuales y futuras que son originadas por la condición de dependencia de los adultos mayores.

Subsecretaría de Previsión Social

Lo expuesto en el punto anterior deja en evidencia la necesidad de comenzar a trabajar en una política pública que prevea esta situación, como lo es el seguro de dependencia, teniendo en consideración factores culturales y sociales en su diseño, los cuales serán determinantes al momento de determinar la mejor forma de implementar una política pública de protección a la dependencia.

En la presente sección, se pretende hacer una comparativa de las diversas formas que puede adoptar el seguro de dependencia, resaltando las ventajas y desventajas de cada una que, a fin de cuentas, corresponde a los costos y beneficios relevantes. Se incluyen en el análisis métodos o modalidades de provisiones directas monetarias (pecuniarias) y la provisión por vouchers.

5.2.1. Modalidad domiciliaria

Tal como se ha observado en la experiencia internacional, el tema del financiamiento ha incidido fuertemente en el tipo de prestación entregada, trasladándose desde cuidados institucionales hacia domiciliarios. Entre las ventajas de la modalidad domiciliaria, en primer lugar, este tipo de prestación es de un carácter mucho más personal y dirigido. Efectivamente, el cuidado domiciliario no adolece de falencias derivadas de los potenciales excesos de demanda que podrían generarse en la prestación institucional. Asimismo, la modalidad domiciliaria es más costo-eficiente, en el sentido que el costo por persona es menor. La atención más personalizada a la vez genera refuerzos positivos para la relación entre el dependiente y quien lo cuida, algo que a priori no es tan alcanzable en una modalidad institucional o pecuniaria.

Los costos de traslado constituyen otro punto importante: en el caso de la prestación domiciliaria el dependiente no debe incurrir en desembolsos por concepto de traslado hasta el centro de atención (algo que eventualmente podría suceder en otras modalidades). No obstante, el menor costo de traslado no es solamente monetario, en la medida que un beneficiario del seguro se encuentra en una situación debilitada de salud y el ahorro de dicho costo puede implicarle beneficios físicos y/o mentales. Adicionalmente, el hecho de que los cuidados se entreguen en el marco de un entorno cercano y familiar también puede ser beneficioso a nivel de salud. Finalmente, existe un aporte económico global de esta modalidad, por cuanto existe potencial al desarrollo de un nuevo rubro de empleo: los cuidadores. De este modo, esta fórmula podría tener implicancias a nivel del

Subsecretaría de Previsión Social

agregado de la economía. De cualquier forma, existen desventajas asociadas a esta modalidad que no pueden pasarse por alto en este análisis: en primer lugar, existe cierto potencial de riesgo moral (esto es, individuos que alteran su conducta o comportamiento con el fin de recibir un beneficio determinado) que no está presente en otras modalidades que analizaremos (ya que, por ejemplo, el riesgo moral es menor si los beneficios se canalizan a través de una institución centralizada). Adicionalmente, la focalización podría verse sesgada hacia personas con mayor riesgo de institucionalización. Por último, el beneficio domiciliario podría entenderse de carácter levemente más informal que otras prestaciones lo que eventualmente puede generar menores cambios en supervivencia o el funcionamiento físico y mental de los beneficiarios, si lo comparamos con otras modalidades que pueden presentar mayores grados de formalidad.

5.2.2. Prestación Institucional

Si bien no es tan directa y personal como la prestación domiciliaria, sí brinda un cuidado más extendido en cuanto al tiempo, esto es, se asegura de un cuidado especializado por el total de la jornada. Lo anterior no es menor, en el sentido de que un mayor tiempo de exposición a los cuidados por parte de los beneficiarios puede redundar en un impacto mucho mayor del programa en la recuperación de éste. Consecuencialmente, el impacto positivo sobre las capacidades físicas y mentales puede facilitar una mayor supervivencia por parte de los beneficiarios. A pesar de sus beneficios, esta modalidad cuenta con una seria falencia: su alto costo, tanto fijo como variable. En cuanto al primero, la inversión inicial a realizar es muy alta (infraestructura, instalaciones, equipamiento, etc.) y, en cuanto al segundo, el costo por persona (al ser especializado continuamente) también es más alto. Como los costos son tan altos, se debe generar una manera óptima de construcción de los centros. Esto implica priorizar y asumir que no todas las ciudades albergarán instituciones de esta clase, por tanto, la centralización es otro gran problema puesto que tendrán prioridad para la instalación aquellas ciudades de mayor población. Por último, existe un componente de copago no despreciable que puede eventualmente desincentivar la contratación del servicio.

5.2.3. Prestación Económica

Subsecretaría de Previsión Social

Constituye uno de los métodos más pragmáticos desde el punto de vista de organización del sistema. Adicionalmente, se asegura la permanencia en el hogar de los beneficiarios, lo que evita los costos de traslado que eventualmente generan un deterioro de sus condiciones físicas y mentales, además del ahorro monetario que implica no tener que trasladarse de su hogar a algún tipo de institución. Es importante recalcar también que al entregar el beneficio en forma monetaria, explícitamente se está poniendo un límite al gasto que debería implicar para los beneficiarios la adquisición de recursos necesarios para el adecuado cuidado que requieran. Si bien en el papel esto puede entenderse como una asignación más práctica de los recursos, en la práctica no necesariamente será la más eficiente pues conlleva un componente muy importante de racionalidad, el que no siempre se observa en la realidad. En línea con lo anterior, el control del uso de recursos es muy limitado y no puede asegurarse que los beneficiarios efectivamente gasten la prestación en los bienes y servicios para los que se hace entrega de esta. Así, la asignación de los recursos puede tornarse altamente ineficiente lo que podría derivar en pocos o nulos cambios en la situación física y mental de los beneficiarios y, finalmente, en su supervivencia.

5.2.4. Tele asistencia

Una de las nuevas modalidades propuestas corresponde a la tele-asistencia, cuyos beneficios se enmarcan fundamentalmente en la rapidez y reducción de desplazamientos. Ya se ha discutido y argumentado ampliamente a favor de la reducción de desplazamiento y la permanencia en el hogar. A esto se suman beneficios de control ininterrumpido (lo que por ejemplo no se cumple necesariamente en la modalidad domiciliaria) y las prestaciones adicionales (algo que no podría observarse en las prestaciones pecuniarias a priori). No obstante esta propuesta cuenta con innumerables desventajas, fundamentalmente debido al alto costo que implica por concepto de la tecnología involucrada.

Lo anterior genera que el indicador de costo-efectividad sea menor que en otras alternativas estudiadas. En adición a esto, los numerosos beneficios por concepto de comodidad que otorga la alternativa en cuestión pueden llevar a una sobredemanda de la modalidad. Por otro lado, se estimula la impersonalidad lo que genera que el apoyo personalizado sea insuficiente, en cuyo caso el beneficiario necesitaría de la ayuda de un

Subsecretaría de Previsión Social

tercero (un familiar por ejemplo) creando un desgaste en el ambiente familiar o social. Finalmente, la prestación de cuidado informal refuerza la reducción de costos de traslado y estimula los impactos positivos derivados del entorno familiar y cotidiano. Pero al igual que la modalidad anterior, cuenta con desventajas importantes que permiten cuestionarlo como método óptimo. En primer lugar, el esfuerzo físico y psicológico al que se expone el cuidador es muy alto y por lo mismo implica una fuerte carga. No es claro que el trabajador vaya a estar dispuesto a asumir este costo, en comparación a la retribución que se le otorgue. Además, puede estimular la generación de vicios en el cuidado del beneficiario, como negligencia, cuidado inadecuado o falta de profesionalismo. Estas dos últimas modalidades comparten una desventaja fundamental: muchas veces los beneficios por concepto de supervivencia y funcionamiento físico y mental son muy bajos o nulos.

5.2.5. Vouchers

Existen otras modalidades de entrega de seguro muy difundidas en la práctica como el sistema de vouchers. Este tipo de sistemas tiene diversas ventajas, como por ejemplo el mayor acceso (universalidad), se otorga libre elección a la manera en que se hará uso del beneficio, se argumenta que no genera distorsiones a nivel de mercado laboral y que, adicionalmente los beneficios derivados del seguro van en línea con los comportamientos de consumo del beneficiario. No obstante, este sistema ha sido ampliamente criticado. Fundamentalmente porque un sistema de vouchers por lo general es fuente de diversas asimetrías de información, como por ejemplo riesgo moral y selección adversa, las que a fin de cuentas pueden implicar un altísimo costo por beneficiario.

Subsecretaría de Previsión Social

El Cuadro N° 64, presenta un resumen de los principales pros y contra asociados a cada uno de los tipos de prestaciones ofrecidas.

Cuadro N° 64: Modalidades de prestación, ventajas y desventajas

		Ventajas	Desventajas
Tipo de prestaciones	Domiciliaria	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado dirigido por el consumidor - Más costo-eficiente - Menor costo por persona - Mejora el bienestar del cliente/cuidador - Permanencia en hogar - Disminuir desplazamientos desde el hogar a un centros de salud - Desarrollo potencial del rubro de cuidadores (empleo y economía) 	<ul style="list-style-type: none"> - Focalización en personas con mayor riesgo de institucionalización - Potencial "moral hazard" y "woodwork effect" - Pocos cambios en la supervivencia o el funcionamiento físico/mental
	Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidado especializado a toda hora - Mayor impacto en la supervivencia o el funcionamiento físico/mental - Mayor impacto en recuperación física y cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerte inversión inicial y costo por persona - Solución más centralizada (foco en ciudades con mayor población) - Costos asociados con el mantenimiento de los centros - Asociado a copagos de mayor monto
	Económica	<ul style="list-style-type: none"> - Focalización de recursos en necesidades prioritarias - Permanencia en hogar - Disminuir desplazamientos desde el hogar a un centros de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso ineficiente de recursos - Pocos cambios en la supervivencia o el funcionamiento físico/mental - Difícil control de uso de recursos
	Tele-asistencia	<ul style="list-style-type: none"> - Solución rápida para ciertas necesidades - Control continuo - Oferta de prestaciones adicionales estándares - Permanencia en hogar - Disminuir desplazamientos desde el hogar a un centros de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos costo-efectiva - Potencial sobredemanda del beneficio - Insuficiente para apoyo personalizado (necesita a tercero) - Pocos cambios en la supervivencia o el funcionamiento físico/mental
	Cuidado informal	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalece entorno familiar o social - Permanencia en hogar - Disminuir desplazamientos desde el hogar a un centros de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerte carga psicológica y física para el cuidador - Pocos cambios en la supervivencia o el funcionamiento físico/mental - Cuidado inadecuado o no profesional

Fuente: Wysocki et al. (2012), "Long-Term Care for Older Adults: A Review of Home and Community-Based Services Versus Institutional Care". Grabowski (2009), "The Cost-Effectiveness of Home and Community-Based Long-Term Care Services".
Elaboración CIEDESS.

Subsecretaría de Previsión Social

Existen ciertos lineamientos en la experiencia de los países que han implementado seguros de cuidados de largo plazo a personas mayores de forma estructural, los que se vinculan con la calidad y sostenibilidad de las prestaciones. El acceso a la salud adecuada debe estar disponible para todos, con el objetivo de que la necesidad de cuidados no conduzca a la pobreza y la dependencia financiera, configurando soluciones que reduzcan las brechas de acceso a la atención. A su vez, la calidad –tanto de la salud como de los cuidados de larga duración– deben adaptarse constantemente, incluyendo una etapa previa enfocadas en el desarrollo de la atención preventiva, y una etapa de seguimiento a las necesidades y preferencias dinámicas de los beneficiarios. Al respecto, resulta pertinente el desarrollo de estándares de calidad que reflejen las mejores prácticas a nivel internacional y el fortalecimiento de la responsabilidad de los profesionales involucrados. Asimismo, un elemento relevante es el diseño de un modelo financieramente sustentable a largo plazo mediante la promoción de un uso racional de los recursos y aportes que permiten esto, así como incentivos adecuados para usuarios y proveedores. La sostenibilidad y la calidad a largo plazo requieren la promoción de estilos de vida saludables y activos. También es clave el rol que pueden tener las instituciones en el comportamiento de sus clientes, estimulando la información, el conocimiento y la educación acerca de la seguridad social. Hoy, a nuestro juicio, la falta de lo anterior es una de las mayores falencias en nuestro país.

Adicionalmente, se debe buscar un programa que equipare o compense beneficios y costos y que sea sostenible en el tiempo, fundamentalmente el factor del envejecimiento de la población y potenciales políticas a nivel de mercado laboral (edad de jubilación por ejemplo). Solo una vez que todas estas consideraciones estén hechas, se puede lograr un consenso en cual programa es el más adecuado.

En definitiva, nos parece de suma relevancia comprender la amplia gama de servicios a través de los cuales se puede proveer un seguro de dependencia. La evidencia internacional entrega diversos ejemplos e ideas de cómo abordar esta problemática. No obstante, es importante asumir que la forma en que se proveerá el seguro depende crucialmente del contexto nacional (y por lo mismo, distintos países lo hacen de distinta forma) y, sobre todo, de la comparativa entre ventajas y desventajas que se realice de cada una de las alternativas (básicamente en términos numéricos un análisis de costo beneficio). La mayor complejidad de lo anterior consiste en identificar estos costos y beneficios, sin embargo en la presente sección se ha intentado dar pistas que ayuden a conducir a una elección informada. En términos generales, la provisión de manera directa

Subsecretaría de Previsión Social

parece ser la más ventajosa por cuanto es un mecanismo que permite eludir las asimetrías de información que aparecen cuando se provee pecuniariamente o bien por medio de vouchers. Sin embargo, también debe entrar en la balanza la principal preocupación: un acceso a la salud universal y amplio, con estándares acordes a países internacionales y una activa promoción que estimule la información por parte de los usuarios. Tales medidas no solo contribuirán a un mejoramiento del sistema el día de mañana, sino que implica asentar bases que aseguren el buen funcionamiento a largo plazo.

5.3. Competencias de los cuidadores

En principio un cuidador debe poseer conocimientos sobre enfermedades y administración de medicamentos, cuidados nutricionales y hábitos alimenticios, conocimientos de enfermería, tratamientos de heridas, así como también apoyo de asistencia social para la adecuada protección mediante planes de salud pública para este tipo de enfermos.

En España el Cuidador es una profesión de suma importancia en la sociedad, que se justifica por el servicio social que presta, la demanda que existe y la enorme repercusión futura que va a tener en la sociedad desarrollada. Los Cuidadores son personas implicadas en los procesos humanos de esta última etapa del ciclo vital y pueden influir en la reorientación y mejora de las intervenciones en las que participan. (Sainz, 2006)

De esta forma, en el caso español, las actividades de la vida diaria más comunes que pueden ser consideradas como básicas y/o instrumentales, se puede agrupar de la forma siguiente (Cuadro N° 65):

Cuadro N° 65: Actividades de la vida diaria

Actividad	Ayuda Requerida
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en el cuidado de sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Lavarse y cuidar su aspecto ○ Control de necesidades y utilizar el servicio ○ Vestirse-desvestirse y arreglarse ○ Comer y beber
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en los desplazamientos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo ○ Levantarse, acostarse ○ Desplazarse dentro del hogar

Subsecretaría de Previsión Social

Actividad	Ayuda Requerida
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en la utilización de brazos y manos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trasladas objetos no muy pesados ○ Utilizar utensilios y herramientas ○ Manipular objetos pequeños con manos y dedos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda sensorial: visual y auditiva 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Percibir cualquier imagen u objeto ○ Realizar tareas visuales de conjunto ○ Realizar tareas visuales de detalle ○ Ver en condiciones de iluminación pobre, diferencias de colores ○ Recibir y/o diferenciar cualquier sonido ○ Audición y/o diferenciación de sonidos fuertes ○ Escuchar el habla ○ Reconocer personas y objetos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en las actividades de la casa 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuidado de la ropa: lavar, planchar, etc. ○ Cuidado de las comidas: cocinar, horario de, etc. ○ Limpieza y mantenimiento de la casa. ○ Hacer la compra ○ Controlar los servicios y suministros
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en la toma de los medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Velar por la medicación adecuada ○ Horario de ingesta ○ Suministro de farmacia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en la administración de bienes 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Administrar adecuadamente el dinero. ○ Velar por los gastos y pago de facturas. ○ Velar por el estado de los bienes generales. ○ Recordar informes económicos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en las relaciones y comunicación con otros 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Relacionarse con otros por los medios habituales: teléfono, visitas, etc. ○ Relacionarse con la familia o compañeros. ○ Hacer amigos o mantener amistades ○ Recordar informaciones y usarlas si fuera necesario. ○ Comunicarse a través del habla o lenguaje alternativos. ○ Asistir en las dificultades de expresión o de memoria.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en los desplazamientos fuera del 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Deambular sin medio de transporte. ○ Utilizar el transporte público. ○ Acompañar al médico, farmacia, visitas.

Subsecretaría de Previsión Social

Actividad	Ayuda Requerida
hogar	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda general en pequeñas cosas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Acercar una radio, agenda, monedero... ○ Llevar un vaso de agua u otro alimento, medicamento, etc. ○ Tener en cuenta los gustos de la PM.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en situaciones conflictivas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Las generadas por la relación mutua: PM-cuidador o familiar, otras. ○ Nerviosismo o agitación ○ Afectividad excesiva, preocupación ○ Noticias desagradables o penosas.

Fuente: Sainz Hernández María del Carmen. 2006 "CUIDADOR DE PERSONAS MAYORES. PERFIL HUMANO Y PROFESIONAL"

Las competencias profesionales del título de "Técnicos en Atención Sociosanitaria", y por tanto del Cuidador, se refieren a la organización, preparación, seguimiento y desarrollo de actividades e intervenciones de atención a las personas y colectivos nombrados. Se intentan agrupar en estas cuatro categorías las competencias que señala la ley (Cuadro N° 66):

Cuadro N° 66: Competencias Profesionales

Área	Competencia
Respecto de la organización, este profesional tendrá que:	Organizar las actividades e intervenciones programas, dirigidas a cubrir las NBVD.
	Colaborar con el equipo interdisciplinar en la planificación y organización de actividades ocupacionales y de ocio.
	Resolver las contingencias que se presenten en su ámbito de actuación con relación a las personas, los medios, las instalaciones y los equipos o materiales.

Subsecretaría de Previsión Social

Área	Competencia
	Mantener relaciones fluidas con los miembros del equipo de trabajo en el que está integrado y/o con el equipo interdisciplinar con el que colabora, responsabilizándose de los objetivos asignados, respetando el trabajo de los demás y cooperando en la superación de dificultades que se presenten, con una actitud tolerante hacia las ideas de los compañeros y participantes.
Respecto de la preparación:	Interpretar y comprender la información y el lenguaje sociosanitario asociado a los distintos procesos de atención relacionados con el ejercicio de su actividad profesional.
	Poseer una visión global de los ámbitos en que puede insertarse su actividad profesional que le permita adaptarse a los entornos y a los cambios económicos u organizativos que se produzcan, implicándose en la consecución de los objetivos previstos, participando activamente en las actividades que se le encomienden y atendiendo a las personas de forma personalizada, humanizando la ayuda, actuando con corrección y con las actitudes y los medios de ayuda requeridos en función de las necesidades sociosanitarias de los usuarios.
Respecto del seguimiento	Supervisar la organización y el mantenimiento de los espacios, ayudas técnicas e instrumentos de trabajo, garantizando el desenvolvimiento diario de los usuarios.
	Efectuar, a su nivel, la recogida de información de cada usuario y el registro de los datos obtenidos facilitando tanto la elaboración del plan de cuidados individualizado como su ajuste y seguimiento.

Subsecretaría de Previsión Social

Área	Competencia
Respecto del desarrollo de actividades e intervenciones:	Atender de forma integral a personas con necesidades específicas, desarrollando intervenciones de atención física y psicosocial y colaborando con el usuario en el mantenimiento y mejora de su estado de salud.
	Desarrollar actividades de atención domiciliaria destinadas al mantenimiento de las condiciones materiales del domicilio, la gestión y el funcionamiento de la unidad convivencial.
	Aplicar técnicas propias de su trabajo para optimizar la prestación del servicio, según criterios de eficacia, seguridad y relevancia, consiguiendo satisfacer las expectativas del usuario.
	Actuar en condiciones de posible emergencia, aplicando técnicas básicas de primeros auxilios, transmitiendo con seguridad y celeridad las señales de alarma y siguiendo los procedimientos de prevención de riesgos establecidos.

Fuente: R.Decreto 496/2003 (BOE, nº 124; 24.5.2003)

A este técnico se le asignan, las capacidades de autonomía que se le requieren en el campo de su dedicación, y la ley las denomina “competencias de autonomía”. Son las siguientes:

- Organizar y supervisar, a su nivel, espacios, ayudas técnicas e instrumentos de trabajo
- Mantener las condiciones higiénico-sanitarias adecuadas al usuario.
- Aplicar técnicas y procedimientos con el fin de cubrir las necesidades básicas de la vida diaria del usuario.
- Aplicar técnicas básicas de primeros auxilios.
- Adecuar y aplicar las ayudas técnicas prescritas.
- Organizar y supervisar las recogidas y entregas de ropa de los residentes.
- Elaborar el plan de actividades de atención domiciliaria.

Subsecretaría de Previsión Social

- Mantener la higiene y el orden del domicilio.
- Diseñar y preparar los menús de la unidad convivencial.
- Administrar alimentos por vía oral, aplicando en caso necesario, técnicas de ayuda a la ingesta.
- Registrar y transmitir los datos observados sobre la evolución del usuario y su entorno en el desenvolvimiento diario.
- Elaborar la decoración y ambientación de los espacios.
- Organizar, desarrollar y dinamizar juegos y actividades de entrenamiento y relación social.
- Acompañar al usuario en sus gestiones y actividades diarias destinadas al mantenimiento y mejora de sus hábitos de autonomía personal, social y ocupacional.
- Aplicar técnicas de comunicación grupal.
- Aplicar al nivel requerido por las exigencias del desarrollo del trabajo, sistemas alternativos de comunicación: Blis, SPC, LSE, Sistema Bimodal.

5.3.1. Aspectos mínimos para los cuidadores

En el caso de un modelo nuevo en Chile, podemos pensar en algunas Competencias Específicas, definidas como un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos, así como las habilidades y destrezas relacionadas directamente con la ocupación. Estas serían:

- Controlar hábitos alimenticios a través de las técnicas adecuadas.
- Planificar y ejecutar la higiene personal del dependiente a través de un cuidado integral de la higiene del adulto mayor y en las condiciones de seguridad adecuadas.
- Realizar curas de baja tecnificación, en situaciones de heridos muy leves o primeros auxilios.
- Realizar las tareas de limpieza del hogar atendiendo el suministro y reposición de los productos de limpieza, y mantener limpias y ordenadas las estancias directamente relacionadas con el asistido

Estas competencias se desglosarían en las siguientes Ocupaciones:

1. Desarrollar los cuidados básicos de alimentación, higiene y atención.

- Realizando las labores de cuidados higiénicos y prevención de patologías de acuerdo a las normas básicas.

Subsecretaría de Previsión Social

- Ocupándose del correcto desarrollo de la alimentación de aquellos usuarios dependientes que tiene a su cargo.
 - Promoviendo la formación de hábitos de orden, higiene y alimentación en quienes tiene a su cargo.
 - Realizando los cambios de ropa que se requieran para la adecuada atención de los niños o adultos mayores.
 - Suministrando los alimentos, en el lugar y horario estipulados, orientándolos sobre la conducta que deben observar al comer.
 - Ayudando a la ingestión de alimentos a quienes lo necesiten facilitando, a través de técnicas e instrumentos, una mejor aceptación de los mismos.
 - Creando un ambiente grato, para el correcto desarrollo físico y psicológico de los mismos.
 - Realizando pequeñas curas ante situaciones o accidentes leves sufridos, tales como cortes, pequeñas caídas, etc.
2. Realizar la higiene del hogar en general, empleando los útiles, elementos técnicos y mecánicos adecuados. (En caso de ser las mismas personas)
- Atendiendo el suministro y reposición de productos de limpieza con coherencia y sentido económico para posibilitar la limpieza del hogar
 - Manteniendo limpias y ordenadas las estancias del hogar en el que desempeña su trabajo, para lograr un ambiente agradable y saludable.
 - Manteniendo en perfecto estado de limpieza todas las prendas textiles del hogar, así como el vestuario, ropas de cama, etc.
 - Conociendo el funcionamiento y mantenimiento de la maquinaria utilizada para realizar las tareas de limpieza y adecuación de los textiles
3. Mantener adecuadas relaciones con los miembros del grupo familiar y el entorno próximo.
- Manteniendo correctas relaciones sociales con las personas cercanas al núcleo familiar, tanto familiares como allegados.
4. En caso presentar alguna capacidad diferente o necesidades especiales se deben considerar, además:
- Conocer normas básicas para comunicarse con la persona: Considerando tono de voz, altura, utilización del cuerpo, etc.

Subsecretaría de Previsión Social

- Conocer al menos el manejo básico de una capacidad diferente.

5.4. Beneficios

La siguiente propuesta de beneficios se elabora considerando la experiencia internacional de los países que ya poseen un seguro de protección a la dependencia o de cuidados de largo plazo, así como a la estructura de las instituciones y programas dedicados al adulto mayor que ya existen en Chile. De igual manera, se incorporó el feedback de las instituciones y organismos nacionales entrevistados para el desarrollo de la prospección, tanto a nivel de posibles administradores como prestadores.

La alternativa que más se ajusta a las necesidades actuales y la realidad reportada en Chile, tanto por Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) como por otras instituciones que prestan servicios a este grupo de la población, debe cubrir el cuidado y la asistencia domiciliaria aquellas personas dependientes, a través de mecanismos especializados (cuidador con conocimientos y aptitudes certificadas) y posibilitar también el cuidado institucional cuando ello es necesario.

Bajo dicho contexto, el modelo sugerido involucra un personal calificado que, para la definición de sus beneficios, pondera la complejidad y el tiempo de tales cuidadores, en función del grado de dependencia y la compañía del adulto mayor. Por consiguiente, se establece un Plan Garantizado de Cuidados de Largo Plazo (PGC), de carácter universal, que incorpora un personal a nivel de Cuidadores y Profesionales. Obedeciendo a los dos factores mencionados, al dependiente se le asigna de base un cuidador estándar al que se suma la atención de un especialista profesional definido dentro de ciertas funciones. Luego en los casos de personas dependientes viviendo solas se hace necesario establecer un beneficio adicional asociado a atención de necesidades del hogar.

Resulta así un catálogo de beneficios que considera al menos un cuidador domiciliario (con formación básica), la atención de un especialista de la salud de acuerdo a la clasificación del adulto mayor. Esta última puede variar en función de las necesidades del dependiente, como es el caso de una enfermera, kinesiólogo, terapeuta, psicólogo, etc. A lo anterior, eventualmente, se agregaría un servicio de atención de necesidades básicas del hogar. Por otra parte, y alternativamente, conforme a indicación autorizada, el beneficio

Subsecretaría de Previsión Social

podría ser institucionalizado, en cuyo caso se asignaría el costo del cuidado personal directamente a una institución.

Luego el catálogo de beneficios sería el siguiente:

i) Servicios o prestaciones de cuidados en domicilio:

- Cuidados personales.
- Atención de necesidades del hogar.

ii) Servicios o prestaciones de cuidado en hogares:

- Servicios institucionales (pago directo a una institución acreditada).
- Pago en prestación pecuniario excepcional (para que la familia contrate el servicio).

El PGC entregaría beneficios diarios en respuesta a la necesidad más urgente en el corto plazo y sería razonable de implementar al no involucrar la creación de nuevas instituciones de gran inversión inicial u organismos complejos de administración, supervisión o control.

A diferencia del modelo presentado por CIEDESS en 2012, no se considera el grado de dependencia debido a la focalización en el nivel severo. Asimismo, no existiría un catálogo de beneficios ampliado ya que las prestaciones son diarias y extendidas, sin la participación de integrantes del grupo familiar u otro cercano (cuidados informales).

En el contexto del modelo propuesto, Cuadro N° 67 presenta, de acuerdo a opinión experta, una posible ponderación de la intensidad del cuidado domiciliario de acuerdo a la estimación de la cantidad de horas de cuidado, según la calificación del adulto mayor de acuerdo a grado de compañía:

Cuadro N° 67: Parámetros del plan universal de cuidados de largo plazo para Chile

Empleado(a) Doméstico(a)	2 hrs./diarias	
	Horas Mes:	28
Cuidador(a) personal	de: 8 hrs./diarias. a: 16 hrs./día-noche	
	Horas Mes:	280 616
Profesional de la salud	1 hr./1 vez al mes	
	Horas Mes:	1

Elaboración propia.

Subsecretaría de Previsión Social

Como se aprecia en el cuadro, se estima el cuidado domiciliario para una población dependiente severa. Para establecer y uniformar la demanda de tipos de cuidadores en función de la compañía del dependiente se utilizaron los resultados del Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores, donde el 84% de los dependientes severos viven en compañía de otras personas, por lo que se omiten los cuidados domésticos. A su vez, según el origen de la dependencia se distribuye la cantidad de horas de servicios, donde el 58% demandaría 8 horas diarias de cuidados.

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. Asimismo, se ponderaron las horas de acuerdo al nivel de compañía del adulto mayor.

Las prestaciones se distribuirían en:

- ✓ Empleado(a) doméstico(a) por 2 horas diarias.
- ✓ Cuidador(a) domiciliario personal por 8 horas diarias.
- ✓ Cuidador(a) domiciliario personal por 16 horas diarias.
- ✓ Profesional de la salud especializado por una hora una vez por mes.

En el caso de los cuidados institucionales en ambos tipos de modalidades se ha supuesto un costo similar, de modo que las prestaciones se distribuyen en:

- ✓ Cuidador(a) personal por 8 horas diarias en Institución (hogar).
- ✓ Cuidador(a) personal por 16 horas diarias en Institución.
- ✓ Profesional de la salud especializado por una hora una vez por mes en Institución.

5.5. Accesibilidad

En la actualidad no existen estudios nacionales de duración de la dependencia. Sin embargo, los Cuadros N°14 al N°17, muestran que la dependencia afecta mayoritariamente a las personas de menores ingresos.

Según la CASEN 2009 y 2011, se observa que ante la pregunta de la posibilidad de moverse o desplazarse solo dentro de la casa, el porcentaje es mayor en los sectores sociales de menores ingresos. Este efecto en el caso del año 2009, la respuesta negativa

Subsecretaría de Previsión Social

(No puede) es mucho mayor en los pobres no indigentes y superior al porcentaje medio en los pobres indigentes, como se aprecia en el Cuadro N° 68.

Cuadro N° 68Tabla: Respuesta a pregunta de movilidad en personas de 60 y más años. CASEN 2009

t3d: ¿Puede moverse / desplazarse solo(a) dentro de la casa?	Situación de indigencia o pobreza Hogares			
	Indigente	Pobre no Indigente	No pobre	Total
Sí	72,52	68,36	73,89	73,4
No	27,48	31,64	26,11	26,6
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con la CASEN 2009

Para el año 2011, Cuadro N° 69, se aprecia algo similar aunque en porcentajes menores en la media de las respuestas, lo que puede deberse al cambio de la forma de hacer la pregunta. Con todo, se puede afirmar que los pobres y pobres extremos (indigentes) están por encima de la media y los no pobres por abajo cuando responde que Si tienen dificultades para moverse o desplazarse dentro de la casa.

Cuadro N° 69: Respuesta a si Tiene dificultades de moverse desplazarse dentro de la casa.

Moverse/desplazarse solo(a) dentro de la casa	Situación de pobreza (Hogares)			
	Pobres extremos	Pobres no extremos	No pobres	Total
Sí	9,82	12,06	8,71	8,93
No	90,18	87,94	91,29	91,07
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con CAESN 2011.

La situación antes descrita se repite en todas las preguntas asociadas a discapacidad o dependencia de la CASEN 2009 y 2011, como las relacionadas con bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo o sin dificultad, por ejemplo.

Subsecretaría de Previsión Social

Por lo expuesto anteriormente, es difícil afirmar que la prevalencia en el tiempo de la dependencia en los sectores de menores ingresos sea más baja que la de los de altos ingresos, si no que la evidencia disponible muestra todo lo contrario.

El público objetivo del seguro comprende a los mayores de 65 años, incapaces de salir de la cama, desplazarse sin ayuda dentro de su hogar o comer sin ayuda, o con un Índice de Katz que indique total dependencia, o con invalidez permanente declarada y que no esté recibiendo beneficios a través de una Mutualidad. Este criterio de eliminación es denominado “criterio estricto”. El número actual de adultos mayores en esta situación ha sido calculado como cercano a 160 mil personas (ver Capítulo I).

El beneficio no contempla, al menos una vez se encuentre a toda marcha, una focalización de sus beneficios. Se plantea como un seguro de financiamiento tripartito, y reconoce la existencia del riesgo de dependencia en todas las áreas de la sociedad, por lo que la focalización no se hace ni necesaria ni se alinea con los objetivos del producto y de las necesidades planteadas por los solicitantes de este documento.

Para acceder al beneficio mismo, el potencial beneficiario deberá estar afiliado al sistema por un tiempo mínimo, tener 65 años o más y deberá acreditar su grado de dependencia en el consultorio de su comuna en el que se encuentre inscrito. Una vez acreditada la dependencia, y pasado un periodo de carencia por definir, podrá recibir las prestaciones acordadas en la sección anterior.

La acreditación de la dependencia la realizará un profesional del equipo evaluador de salud del prestador correspondiente, encargado de evaluar al solicitante a través de una entrevista médica. Este profesional posteriormente entregará su decisión al equipo de salud quienes le darán visto bueno. En caso de que el beneficio no sea aprobado, el solicitante podrá apelar a la COMPIN correspondiente y exigir una nueva evaluación de sus dificultades de trabajo para la realización de una nueva evaluación, la cual tendrá el carácter de definitiva.

Con respecto al periodo de carencia, este es necesario para desincentivar el riesgo moral y el “woodwork effect” que puede existir por la aplicación de este seguro. Sin embargo, se recomienda que este no sea superior a seis meses, tras los cuales ya es posible determinar si alguna discapacidad o dificultad es de carácter permanente y para disminuir el problema de exceso de demanda, selección adversa y riesgo moral, asociados a este tipo

Subsecretaría de Previsión Social

de beneficios. Este periodo de carencia máximo será el mismo para todos los beneficiarios, a menos que existan razones específicas al origen de la dependencia de una persona que puedan disminuirlo, por ejemplo, tomando un caso extremo, la amputación de una o más extremidades.

Si bien el seguro se puede solicitar desde los 65 años de edad (o la edad en la cual el individuo se pensiona) hacia adelante, se requerirá, como se mencionó, un periodo de afiliación mínimo al sistema antes de solicitar el seguro. Este periodo puede ser de un mínimo de cinco años de pertenencia al sistema.

Existirán, entre los beneficiarios, un grupo que no estarán obligados a cotizar, dado su grado de vulnerabilidad, y para ellos sólo será necesario estar inscrito en el sistema y ser considerado vulnerable u obtener un puntaje a definir en el Instrumento de Focalización / Ficha de Protección Social.

5.6. Costos y Financiamiento

En términos del costo del seguro se desarrolla una metodología similar al empleado por CIEDESS 2012, considerando la modificación de la nueva matriz de prestaciones. Mientras que para el financiamiento, se plantea una nueva configuración sustentada en la experiencia chilena de sistemas previsionales de largo plazo.

La estimación de los costos y sus proyecciones dependen de la probabilidad de ser adulto mayor en dependencia en su categoría de severa (siguiendo el criterio estricto), por lo que se vinculará con el crecimiento de la población y su composición. A lo anterior se aplican los costos de los servicios planteados en el PGC.

Respecto al financiamiento del seguro propuesto, se establece la idea de reunir los recursos que demande su aplicación, con el aporte de distintas fuentes, incluyendo aportes en forma de cotización del trabajador y empleador; copago de los beneficiarios; aporte eventual de municipios donde residan los beneficiarios; y, aportes del Estado.

5.6.1. Costos

Subsecretaría de Previsión Social

El insumo relevante para la proyección de los costos anuales es definir la población beneficiaria. En este sentido los resultados expuestos en el Capítulo 2 de este documento son relevantes (evolución de la población dependiente). El Cuadro N° 70 muestra la cantidad de personas en situación de dependencia en Chile de acuerdo a la Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores, según el grupo etario y género para los dependientes severos insumo relevante para el escenario base respectivo.

Cuadro N° 70: Prevalencia de dependencia en adultos mayores en Chile según EDPM

	65 - 69	70 - 74	76 - 79	80 y más	Total
<i>Hombres</i>					
N°	12.390	9.429	7.386	19.040	48.245
% respecto al tramo	3,28%	2,63%	2,38%	8,03%	3,76%
% respecto al género	8,72%	6,83%	7,23%	24,65%	10,50%
<i>Mujeres</i>					
N°	13.534	12.563	28.777	53.771	108.645
% respecto al tramo	3,58%	3,50%	9,28%	22,68%	8,46%
% respecto al género	5,73%	5,69%	13,84%	33,64%	13,17%
<i>Total</i>					
N°	25.924	21.992	36.163	72.811	156.889
% respecto al tramo	6,86%	6,13%	11,66%	30,71%	12,22%

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

Del mismo modo, en el Cuadro N° 71 se presentan las estimaciones provenientes de la Ficha de Protección Social, derivada de una muestra representativa. Estos datos proporcionan el escenario base más acotado en términos de cantidad de futuros beneficiarios, y por ende, un costo menor que podría asociarse a un segmento más focalizado (sobre la base de que generalmente quienes solicitan ser entrevistados para obtener FPS es para algún beneficio social).

Cuadro N° 71: Prevalencia de dependencia en adultos mayores en Chile según FPS

	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total
Dependientes	5.909	8.006	9.141	28.431	51.487
Adultos Mayores	325.344	359.911	257.675	310.199	1.253.129
Tasa dependencia	1,82%	2,22%	3,55%	9,17%	4,11%

Fuente: Ficha de Protección Social (muestra representativa).
Elaboración propia.

Subsecretaría de Previsión Social

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, según lo ya estimado anteriormente. Por otra parte, según lo ya señalado en el Capítulo 2 sobre proyecciones poblacionales, se determina la variación en el nivel de dependencia cada año.

Las tasas así obtenidas son claves para los cálculos que siguen. Los parámetros para la estimación de costos anuales del seguro dicen relación con la población estimada por los consultores y presentada en la sección 2 de este informe, permiten proyectar los costos hasta el año 2077.

A su vez, los costos actuariales¹⁰ del catálogo de beneficios dependen básicamente de tres tipos de recursos humanos a utilizar:

- Empleado(a) doméstico(a).
- Cuidador(a)
- Profesional de la salud

El costo per cápita de la prestación universal dependerá de los costos del personal a utilizar. Se tienen dos subdivisiones según el tiempo de cuidado necesario –en función del origen de la dependencia– y la composición del grupo familiar del dependiente –relacionado con la compañía, en decir, si vive solo o no–. La determinación de ambas proporciones se realiza a partir de la EDPM, donde la necesidad de una jornada diaria (8 horas) representa el 43,3% de los dependientes, mientras el restante 56,7% necesita de 2 jornadas diarias (16 horas). Por su parte, el grado de compañía según la encuesta señalada muestra que el 16% de los dependientes vive solo, mientras que el restante 84% estaría acompañado por al menos una persona.

A su vez, los costos de estos recursos humanos 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 profesional de la salud un promedio de las principales especialidades; y para el caso del empleado doméstico el salario mínimo. Todo lo anterior

¹⁰ 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.

Subsecretaría de Previsión Social

en base a salarios de inicio de carrera, obteniéndose un costo por hora de \$1.818, \$3.011 y \$1.193 respectivamente.

A partir de estos insumos se construye la matriz de costos para las prestaciones (catálogo de beneficios). En el Cuadro N° 72 se observa la distribución de los costos mensuales per cápita según el recurso humano necesario y las horas mensuales requeridas de estos. El costo total por beneficiario dependiente alcanzaría \$ 584.964 mensuales. Por su parte, las proporciones de cada nivel de uso ya han sido aplicadas a estos costos, asumiendo en este sentido las diferentes posibilidades de requerimientos (no todos los beneficiarios necesitarán cada una de las prestaciones del catálogo).

Cuadro N° 72: Costo mensual per cápita del beneficio

Horas de uso mensuales	Horas y Costo mensual				
	1	28	224	448	Total
Empleado(a) Doméstico(a)		\$ 5.345			\$ 5.345
Cuidador(a) personal			\$ 237.941	\$ 338.664	\$ 576.605
Profesional de la salud	\$ 3.011				\$ 3.011
Total	\$ 3.011	\$ 5.345	\$ 237.941	\$ 338.664	\$ 584.961

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

Cabe destacar que los servicios institucionalizados (en hogares o residencias) serían al mismo costo ya calculado para el caso de los cuidados domiciliarios para un adulto mayor acompañado, sólo habría una diferencia en la modalidad de entrega de los recursos.

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:

$$CostoEst = \sum_{j=1}^7 \sum_{i=1}^8 (pobl_i \times tasadep_i \times valorcat_j),$$

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*,

Subsecretaría de Previsión Social

i: es la celda o tramo de edad y sexo que totalizan 8,
j: corresponde a la combinación de cuidados e intensidad de estos que totalizan 7 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 para Costo es:

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

A su vez, los gastos de clasificación y supervisión pueden obtenerse de entidades públicas ya existentes, cuyas funciones son similares. En el primer caso resulta conveniente analizar el presupuesto vigente de organismo que ejerzan funciones de clasificaciones de capacidades a nivel nacional, siendo las más referentes: i) las Comisiones Médicas del DL N° 3.500 (invalideces), con un presupuesto vigente para operación en torno a \$ 6.300 millones durante 2013; y ii) la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), cuyo presupuesto se estima en \$ 13.200 millones¹¹ para el año 2013. Considerando el grupo objetivo de la política y las proyecciones de ésta, el gasto en evaluación y clasificación de la dependencia debería aproximarse más a lo destinado para el primer organismo, ajustado a la baja. La supervisión vendría dada por entidades del sistema público –las que se detallarán más adelante–, por lo que la exigencia de recursos sería más acotada. Para los cálculos de ambos roles, considerando el escenario universal, se supone el gasto actual de las Comisiones Médicas, mientras que en el escenario focalizado se ajusta por proporción de cobertura.

5.6.1.1. Escenario base EDPM (universal)

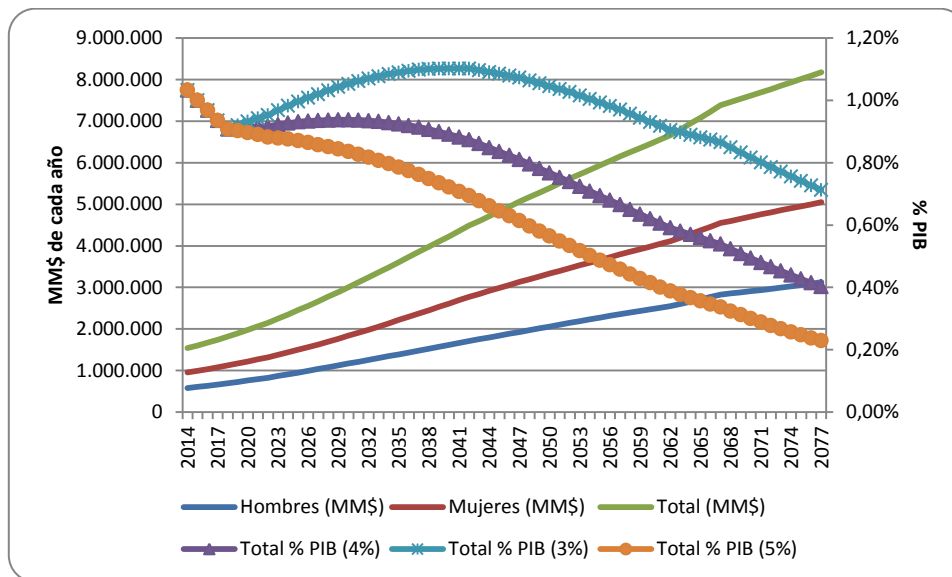
¹¹ En base a datos de gasto anual de la COMPIN en informe de la DIPRES "Evaluación Comprehensiva del Gasto a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez", del año 2009, ajustado posteriormente por IPC.

Subsecretaría de Previsión Social

Los resultados considerando la EDPM muestran un costo para el primer año cercano a los US\$ 3.096 millones, equivalente al 1,04% del PIB. Pero el costo se irá incrementando principalmente por el aumento de las personas en dependencia, debido simplemente a la estructura poblacional más envejecida del tramo de edad cubierto.

De esta forma al décimo año el costo estimado estará en torno a los US\$4.514 millones de hoy, esto es cerca de un 0,93% del PIB, tal como se aprecia en el Gráfico N° 15.

Gráfico N° 15: Costos de un seguro de dependencia para Chile por género (MM\$ de cada año)



Fuente: FMI.
Elaboración propia.

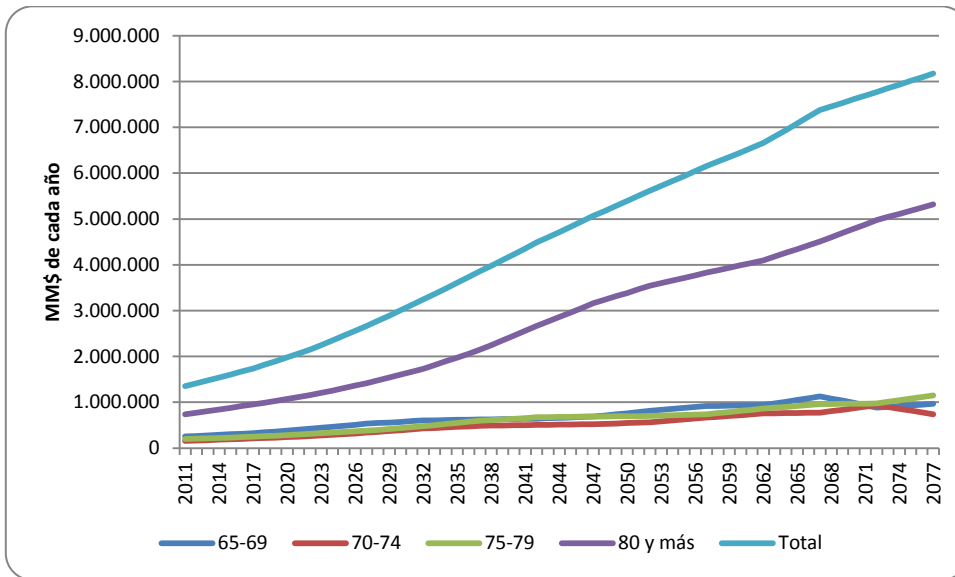
Cabe destacar que el crecimiento del PIB (en base a proyecciones del Fondo Monetario Internacional) será superior a la variación de la población dependiente cubierta por el seguro (5,8 versus un 1,9% respectivamente), lo que implicará que a pesar del aumento del gasto, su participación en el PIB vaya decreciendo. Asimismo, queda en evidencia que la mayor proporción de dependientes mujeres impacta significativamente en el costo del seguro, con el 62% promedio del total para los primeros 10 años.

Un aspecto importante de considerar es la descomposición de los costos según grupos de edad. Según se observa en el Gráfico N° 16, el tramo de 80 y más años es el de mayor

Subsecretaría de Previsión Social

costo –el cual se incrementa en el tiempo–, mientras que el resto de los tramos siguen una tendencia similar.

Gráfico N° 16: Costos de un seguro de dependencia para Chile por tramo de edad (MM\$ de cada año según EDPM)



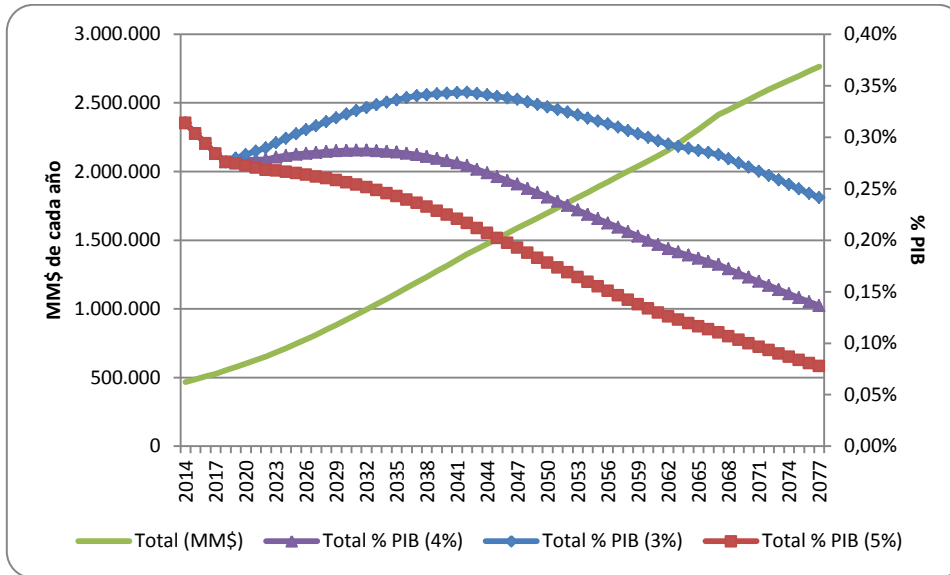
Elaboración propia.

Además de conocer la distribución por edad, la importancia de tales resultados 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, de 80 y más años), para luego extender la cobertura al resto de la población. En el caso de no considerar esta gradualidad, el costo total del seguro se reduciría al 55% promedio para los primeros años, porcentaje que llega al 64% para etapas de largo plazo (en directa relación con el desarrollo demográfico del país).

5.6.1.2. Escenario base FPS (focalizado)

Los resultados considerando la FPS muestran un costo para el primer año cercano a los US\$ 935 millones (30% del costo total al usar la EDPM), equivalente al 0,34% del PIB. Mientras que al décimo año el costo estimado estará en torno a los US\$ 1.360 millones de hoy, esto es cerca de un 0,28% del PIB, tal como se aprecia en el Gráfico N° 17.

Gráfico N° 17: Costos de un seguro de dependencia para Chile por género (MM\$ de cada año)



Fuente: FPS, FMI.
Elaboración propia.

5.6.2. Financiamiento

Dada la experiencia de Chile en la administración de recursos previsionales de largo plazo, la alternativa considerada más apropiada para el financiamiento de un seguro de dependencia es el aporte sistemático de forma anticipada, experiencia ya validada por Alemania y Japón para los cuidados de largo plazo.

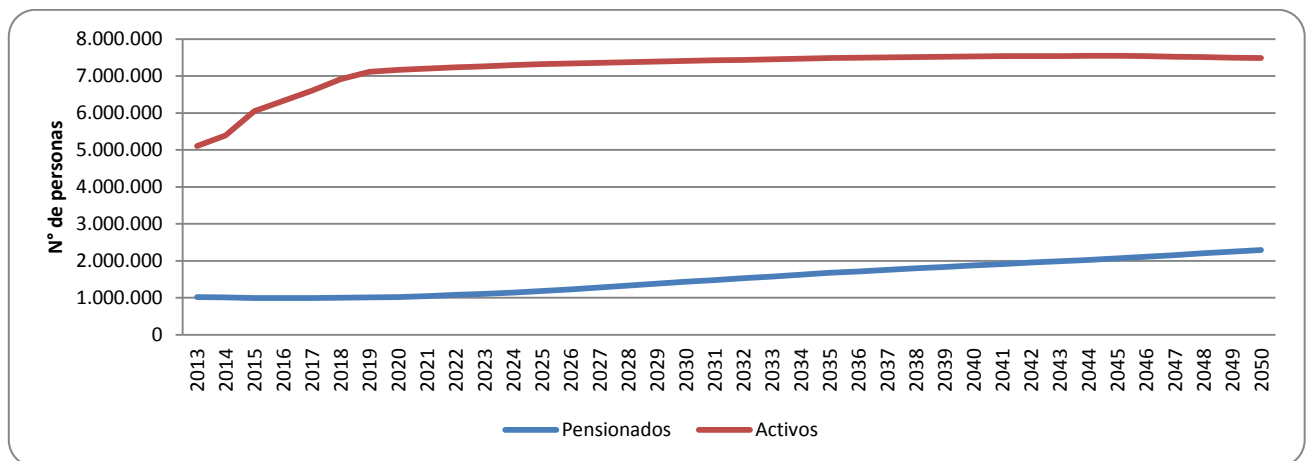
En contraste con el modelo CIEDESS 2012, la necesidad de un financiamiento sostenible en el largo plazo radica en el aporte de la población activa y pasiva. La existencia de los regímenes de pensiones y del seguro de cesantía son pruebas concretas de una configuración de este tipo. En este sentido, la administración de los recursos podría interesar a múltiples entidades e incluso realizar procesos de licitación.

Al respecto la evidencia muestra que una cotización más temprana generaría un saldo acumulado de mayor cuantía para el caso del sistema de pensiones. No obstante, el seguro de dependencia tiene un carácter social, por lo que dichos recursos ingresarían a un fondo común, similar a la operación del seguro de cesantía. Por tales motivos, resulta conveniente identificar diferentes escenarios en el inicio de los aportes.

Subsecretaría de Previsión Social

Para realizar lo anterior es necesario en primera instancia proyectar el número de cotizantes. Considerando proyecciones de la población chilena y parámetros razonables de participación laboral para trabajadores dependientes y el futuro ingreso de los independientes, se obtiene la evolución de los posibles cotizantes activos del seguro de dependencia. Por su parte, los pensionados se estiman según proporción de la población para el sistema de AFP, y según proyecciones de la DIPRES para la evolución de pensionados del antiguo sistema (los que irán disminuyendo en el tiempo). El Gráfico N° 18, presenta el desarrollo de estas poblaciones.

Gráfico N° 18: Proyección de cotizantes al seguro de dependencia



Fuente: Superintendencia de Pensiones, INE.
Elaboración propia.

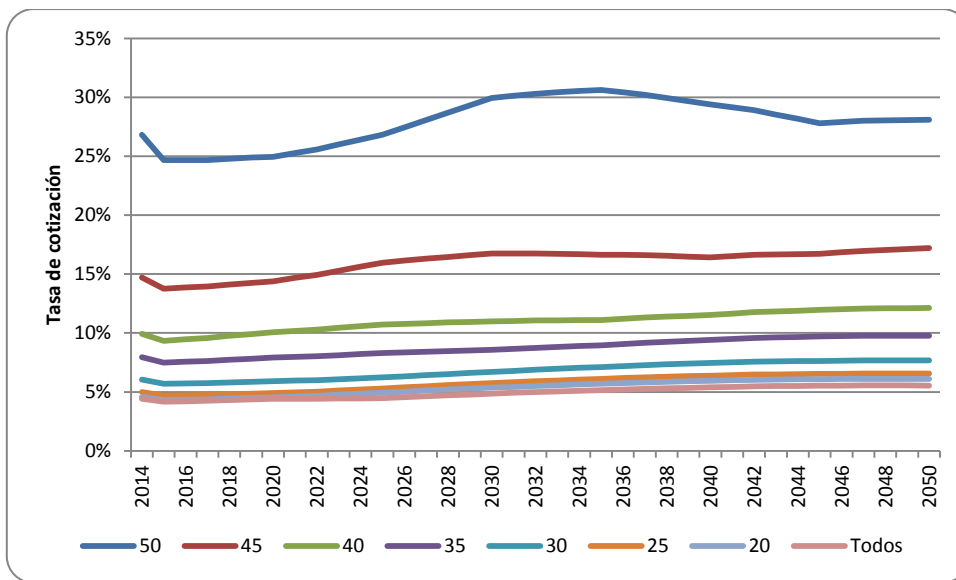
Solo a modo de simulación y suponiendo una cotización de los trabajadores activos hasta los 65 años de edad, es posible determinar la tasa de aportación de equilibrio para cada año. Evidentemente en la medida que la contribución se realiza de forma más temprana, dicha tasa será menor (ver Gráfico N° 19), donde por ejemplo para cotizantes desde los 20 años se requiere una tasa de 5%, mientras que desde los 50 años tal cifra debería ser de 27%. Lo anterior es suponiendo el escenario universal respecto a los costos con la EDPM, por lo que tales tasas de cotización se reducirían considerablemente al considerar el escenario base con la FPS. En efecto, bajo esta última simulación, la tasa de equilibrio es de 8% para aportes desde 50 años y de 1% desde los 20 (ver Gráfico N° 20).

Bajo un modelo en base a fondo solidario, que al mismo tiempo puede generar retornos gracias a una correcta administración, el saldo inicial es fundamental. En tal escenario, el aporte Estatal en años iniciales puede ser una alternativa apropiada, mientras que la

Subsecretaría de Previsión Social

flexibilidad legislativa ante un posible cambio en la tasa de cotización también es posible (similar al caso Alemán, donde los déficit/superávit generaron variaciones en la tasa de contribución al seguro o la aplicación a otros segmentos de la población). Al respecto, cabe destacar que la tasa de equilibrio registra una tendencia decreciente, debido al incremento de la masa salarial.

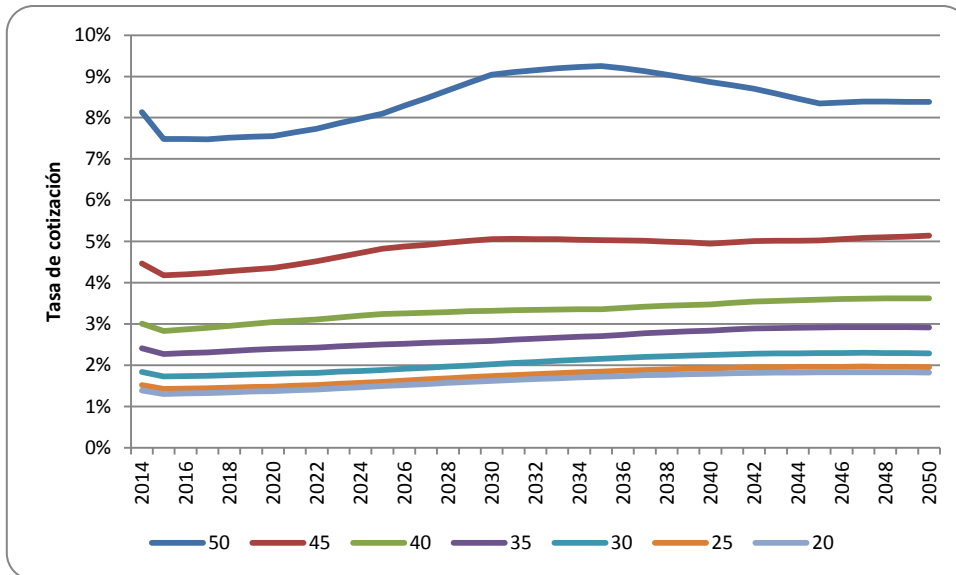
Gráfico N° 19: Tasa de cotización de equilibrio según edad de inicio de aportación (escenario base con EDPM)



Fuente: Superintendencia de Pensiones, INE.
Elaboración propia.

Gráfico N° 20: Tasa de cotización de equilibrio según edad de inicio de aportación (escenario base con FPS)

Subsecretaría de Previsión Social



Fuente: Superintendencia de Pensiones, INE.
Elaboración propia.

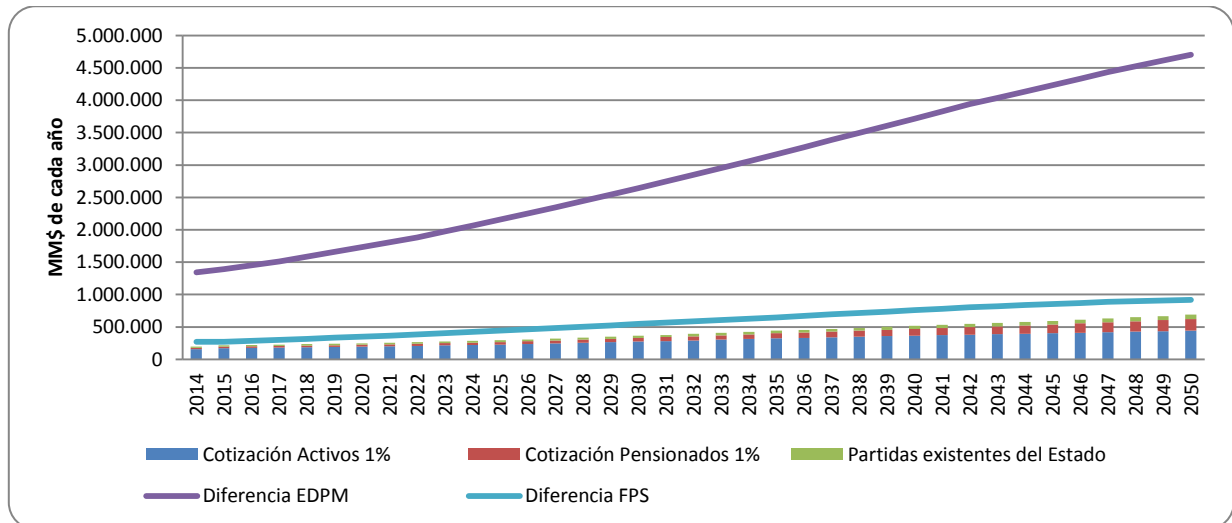
Actualmente existen partidas estatales vinculadas a la cobertura de los adultos mayores dependientes, relacionadas con programas implementados recientemente por el SENAMA, en el marco de su Política Integral de Envejecimiento Positivo. Según la Ley de Presupuestos para el año 2014, se asignará cerca de \$7.000 millones, distribuidos entre el Programa Fondo Subsidio ELEM (\$ 6.337 millones), el Programa de Cuidados Domiciliarios (\$363 millones) y el Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor (\$757 millones). Tales recursos podrían traspasarse al seguro de dependencia una vez implementado en su totalidad. La totalidad de estos recursos corresponde al 0,5% o 1,5% de los costos anuales del seguro –según escenario–. Además, existen otras partidas que fueron analizadas en el Capítulo 4, las que en su totalidad aportarían el 1,2% o 3,9% o de los costos del primer año –según escenario–.

Se propone un aporte al seguro compuesto por cotizaciones de los trabajadores activos –considerando los 40 años y más y pagado en forma equitativa entre el empleador y el trabajador–; cotizaciones de los pensionados; y aporte complementario del Estado. La tasa de cotización planteada sería del 1% sobre la renta imponible y sobre las pensiones de vejez respectivamente. Con estas contribuciones se configuraría una base cuyo diferencial de financiación de responsabilidad del Estado sería abordable sólo para el escenario de la FPS (ver Gráfico N° 21).

Subsecretaría de Previsión Social

Efectivamente, con datos de la EDPM el aporte del Estado debería ser del orden de 0,8 a 0,9% del PIB anual, para los primeros años. Mientras que con proyecciones de la FPS, estas cifras se reducen a un rango entre el 0,16 y 0,18% del PIB.

Gráfico N° 21: Propuesta de aporte base y diferencias de sustentabilidad financiera según escenario



Elaboración propia.

La magnitud de la tasa de cotización establecida está en línea con la experiencia internacional (Alemania y Japón), y proporcional a los costos de la seguridad social nacional. Respecto a esto último, se plantea que dicha tasa no debería sobrepasar el 2% (compartida de forma equitativa entre empleadores y trabajadores). Al tratarse de un seguro social el aporte restante debe ser a cargo del Estado. Por último, y según la ya observado en el sistema público de salud, se aplicarían copagos razonables con stop loss (tope máximo de desembolso del beneficiario) y progresivos (de mayor cuantía para beneficiarios de ingresos).

Por lo tanto, se propone una esquema de focalización en la implementación del sistema de protección a la dependencia, que se sustentaría con los aportes bases ya mencionados (1% de cotización a los segmentos respectivos y partidas existentes del Estado), junto con un aporte estatal establecido por presupuesto definido y estable, que dependerá de la focalización planteada.

5.6.2.1. Focalización 1

Cobertura al 100% de dependientes según FPS y aplicación gradual al diferencial derivado de la EDPM. Bajo este esquema se plantea un aporte estatal equivalente al 50% de lo asignado al Sistema de Pensiones Solidarias (del 0,4 al 0,5% del PIB para los primeros 10

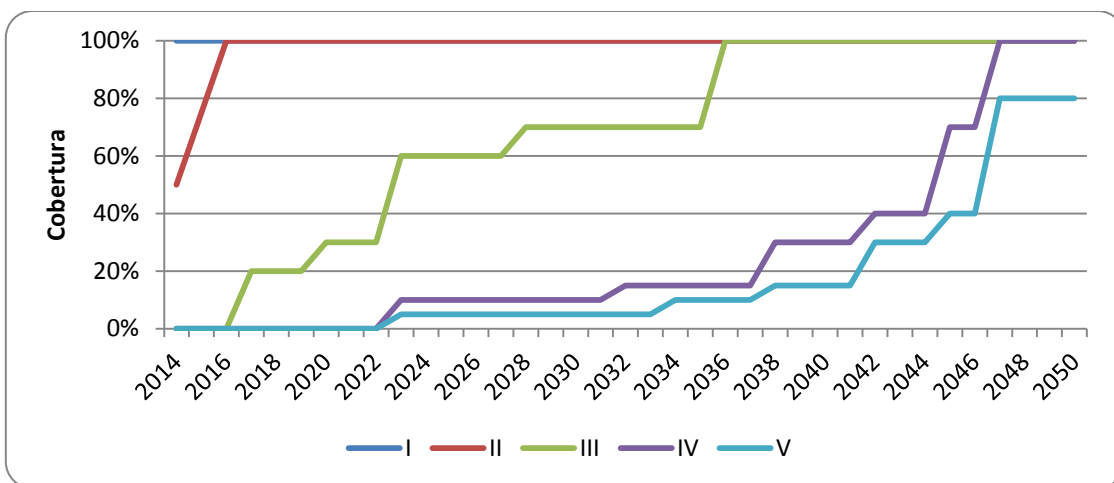
Subsecretaría de Previsión Social

años). La gradualidad en la cobertura del diferencial se realizaría según situación socioeconómica:

- 100% del primer quintil desde año 1.
- 50% del segundo quintil desde primer año con incremento gradual.
- 20% del tercer quintil a partir del cuarto año con incremento gradual.
- Extensión a otros quintiles según sostenibilidad financiera.

El detalle de la focalización anterior se muestra en el Gráfico N° 22.

Gráfico N° 22: Focalización 1



Elaboración propia

5.6.2.2. Focalización 2

Subsecretaría de Previsión Social

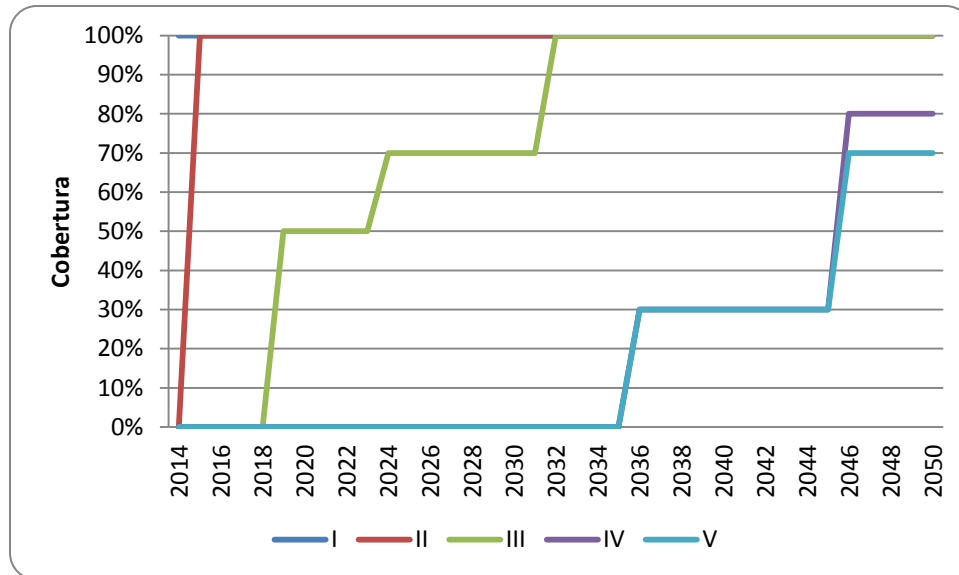
Cobertura al 100% de dependientes según FPS y aplicación gradual al diferencial derivado de la EDPM. Bajo este esquema se plantea un aporte estatal equivalente al 50% de lo asignado al Sistema de Pensiones Solidarias (del 0,4 al 0,5% del PIB para los primeros 10 años). La gradualidad en la cobertura del diferencial se realizaría según situación socioeconómica:

- 100% del primer quintil desde año 1.
- 100% del segundo quintil desde segundo año.
- 50% del tercer quintil a partir del sexto año con incremento gradual.
- Extensión a otros quintiles según sostenibilidad financiera.

El detalle de la focalización anterior se muestra en el Gráfico N° 23.

Gráfico N° 23: Focalización 2

Subsecretaría de Previsión Social



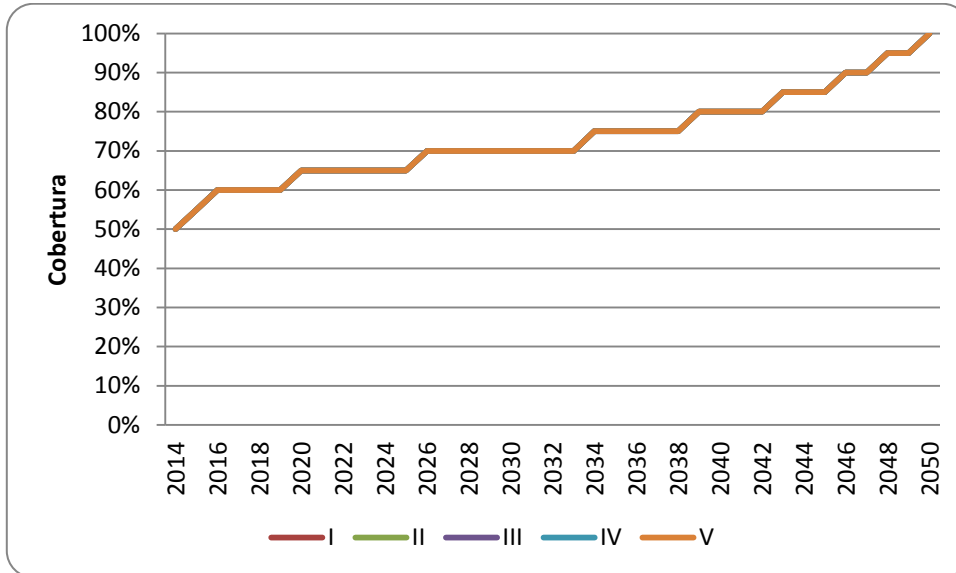
Elaboración propia.

5.6.2.3. Focalización 3

Aplicación gradual al total de dependientes según la EDPM y sujeto a sustentabilidad financiera. Bajo este esquema se plantea un aporte estatal equivalente al 50% de lo asignado al Sistema de Pensiones Solidarias (del 0,4 al 0,5% del PIB para los primeros 10 años). La gradualidad en la cobertura se a la totalidad de la población objetivo, independiente de la situación socioeconómica.

El detalle de la focalización anterior se muestra en el Gráfico N° 24

Gráfico N° 24: Focalización 3



Elaboración propia.

5.6.2.4. Otras Focalizaciones

Siempre sujeto a las fuentes de financiamiento y su sostenibilidad en el tiempo resulta necesario la implementación progresiva de una política pública a nivel nacional. El elevado costo –que incluso se asimila a la última Reforma Previsional– requiere de evaluación constante de posibles modificaciones en las tasas de aportaciones (similar al caso de Alemania) o diferentes opciones de focalización.

Según diferentes posibilidades de focalización, y tomando como base inicial la población de dependientes de la FPS, se proponen las siguientes aplicaciones de cobertura gradual, algunas de las cuales ya se han dado en la experiencia nacional:

- Por edad, focalizándose en 80 años y más y aumento progresivo.
- Esquema similar a aplicación del Sistema de Pensiones Solidarias.
- Nivel de dependencia, comenzando desde postrados y demencia a nivel agresivo e inquieto.

5.7. Administración

La estructura administrativa que se pretende desarrollar para el Seguro Social contra la dependencia, en adelante SSD, toma como imagen las estructuras administrativas y procedimientos tanto del Seguro de Cesantía como del Fondo Nacional de Salud.

Conforme a ello, la administración del SSD se realizaría en tres bloques: un administrador del seguro, propiamente tal, el cual se encargaría del manejo financiero del seguro, la calificación de beneficiarios y la gestión de las prestaciones; un segundo bloque estaría conformado por los prestadores de los servicios, los cuales, al igual que la modalidad de libre elección en el sistema de salud, requerirían realizar acuerdos con el administrador a fin de materializar los servicios, debiendo ser calificados por la autoridad; y un tercer bloque normativo/fiscalizador, conformado, por una parte, por un Consejo de Dependencia, que asesore a los Ministerios del Trabajo y Previsión Social, Salud y Hacienda, en la elaboración/modificación de las políticas y normas que incidan en la operatoria y sustentabilidad del Seguro y, por otra parte, la Superintendencia de Seguridad Social y de Salud, encargadas de certificar el apego a la normativa tanto del administrador como de los prestadores, respectivamente.

La opción de calificar a los prestadores por la autoridad técnica en la materia, más que exigirle al administrador del seguro contar con capacidad propia (como ocurre con las mutuales) tiene por objeto aprovechar la capacidad existente en el país en materia de cuidado a los dependientes, a la vez que permite flexibilizar las obligaciones, especialmente respecto a beneficiarios ubicados en zonas apartadas, contribuyendo todo ello a una reducción de costos y mejor sustentabilidad financiera del seguro.

Por su parte, en el caso de la administración, puede ser realizada ya por una institución preexistente, pública o privada, o por medio de la creación de una institución ad hoc para la administración del seguro. De preferirse esta opción, el modelo proyectado para la reforma al sistema de mutualidades de empleadores ofrece una buena base, ya que combina con los elementos propios de las entidades de seguridad social varios rasgos particulares de las sociedades anónimas.

En materia de regulación, esta se ha entregado a tres ministerios, conforme su involucramiento posible en el sistema: El Ministerio del Trabajo y Previsión Social, atendida la calidad de entidad de Seguridad Social del ASSD; el Ministerio de Hacienda, en

Subsecretaría de Previsión Social

caso que se involucren recursos público para el funcionamiento del SSD; el Ministerio de Salud, para la calificación de los prestadores.

A fin de obtener una reglamentación armónica y multidisciplinaria, el ejercicio de las facultades regulatorios de estos ministerios, respecto al SSD es apoyado por un Consejo Consultivo para la Dependencia basado en el modelo del Consejo Consultivo Previsional. Dependiendo de la profundidad técnica que quiera dársele a este consejo, será posible entregar dichas funciones al Consejo Consultivo de la Discapacidad.

5.8. 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 (SUSES), la correcta evaluación de la dependencia (Comisiones) y la correcta ejecución de la

Subsecretaría de Previsión Social

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, si 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 AUGE, 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.

5.9. Articulado Propuesto Administración del Seguro Social de Dependencia Legislación (caso de administrador privado)

La administración del Seguro Social de Dependencia (SSD) estará a cargo de una sociedad anónima de nacionalidad chilena o agencia de una extranjera constituida en Chile, de giro único, que tendrá como objeto exclusivo administrar las prestaciones y beneficios que establece este régimen.

La Sociedad Administradora del Seguro Social de Dependencia (ASSD) deberá prestar los servicios de recaudación de las cotizaciones y/o aportes del régimen, la inversión de los mismos, calificación de los beneficiarios y el otorgamiento de los beneficios.

La ASSD será de duración indefinida y subsistirá hasta el cumplimiento del plazo de vigencia del contrato de administración. Disuelta aquélla, se aplicará lo dispuesto en los artículos 109 y siguientes de la ley N° 18.046. Con todo, para dar término al proceso de liquidación de la Sociedad Administradora, se requerirá la aprobación de la cuenta de la liquidación por la Superintendencia de Seguridad Social.

Ninguna persona natural o jurídica que no se hubiere constituido conforme a las disposiciones que rijan la creación de la ASSD, podrá arrogarse la calidad de tal o hacer uso de documentos que contengan nombres u otras palabras que sugieran que los negocios a que se dedican dichas personas son los de la ASSD.

Las infracciones al inciso anterior se sancionarán con las penas de presidio menor en su grado mínimo a presidio menor en su grado medio. En todo caso, si a consecuencia de estas actividades ilegales, el público sufre perjuicio de cualquier naturaleza, los responsables serán castigados con las penas establecidas en el artículo 467 del Código Penal.

Cuando a juicio de la Superintendencia de Seguridad Social pueda presumirse que existe una infracción a lo aquí dispuesto, ella tendrá respecto de los presuntos infractores las mismas facultades de inspección que su ley orgánica le confiere para con sus instituciones fiscalizadas.

Subsecretaría de Previsión Social

El servicio de administración del SSD será adjudicado mediante una licitación pública. La licitación y la adjudicación del servicio se regirán por las normas establecidas en las respectivas Bases de Licitación que los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda, aprueben mediante Decreto Supremo para cada contrato en particular. Dichas Bases se entenderán incorporadas a los respectivos contratos.

Están facultadas para postular a la licitación, concurrir a la constitución de la sociedad administradora y prestar los servicios propios de su giro a la Sociedad Administradora, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, las Administradoras de Fondos fiscalizados por la Superintendencia de Valores y Seguros, las entidades bancarias fiscalizadas por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, las Compañías de Seguros, las Administradoras de Fondos de Pensiones y demás personas jurídicas, nacionales o extranjeras, que cumplan con lo establecido en las Bases de Licitación.

Los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda, efectuarán un proceso de precalificación de los postulantes a la licitación con el fin de asegurar su idoneidad técnica, económica y financiera.

Si no hubiere interesados en la licitación o ésta fuere declarada desierta, deberá llamarse, dentro del plazo de treinta días, a una nueva licitación pública. Dicho plazo se contará desde la fecha del decreto que declara desierta la licitación.

La adjudicación del servicio de administración del SSD se efectuará mediante decreto supremo conjunto de los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda, el que será publicado en el Diario Oficial.

Una vez adjudicada la licitación del servicio, el adjudicatario quedará obligado a constituir, en el plazo de sesenta días, contado desde la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo mencionado en el inciso anterior, y con los requisitos que las bases de licitación establezcan, la sociedad de nacionalidad chilena o agencia de la extranjera constituida en Chile, con quien se celebrará el contrato.

El inicio de las operaciones de la ASSD deberá ser autorizado por la Superintendencia de Seguridad Social, previa constatación que aquélla se ajusta a la calificación técnica aprobada.

La ASSD deberá mantener una Base de Datos de los beneficiarios sujetos al Seguro, con los registros necesarios para la operación del mismo.

Subsecretaría de Previsión Social

La ASSD tendrá la responsabilidad de efectuar el tratamiento de la Base de Datos de los afiliados sujetos al Seguro, sólo para cumplir las funciones definidas en la ley y aquellas que establezca la Superintendencia mediante una norma de carácter general. El objeto único de la Base de Datos será servir de soporte a las funciones del ASSD, y para la realización de estudios de carácter técnico por parte de la Superintendencia.

Para efectos de esta ley, se entenderá por tratamiento de datos de los afiliados sujetos al Seguro, cualquier operación o complejo de operaciones o procedimientos técnicos, de carácter automatizado o no, que permitan recolectar, almacenar, grabar, organizar, elaborar, seleccionar, extraer, confrontar, interconectar, disociar, comunicar, ceder, transferir, transmitir o cancelar datos o utilizarlos en cualquier otra forma.

La Superintendencia, mediante una norma de carácter general, establecerá los mecanismos necesarios para garantizar el control y resguardo de la Base de Datos.

Extinguido el contrato de administración por cualquier causa, la ASSD que estuviere prestando el servicio, deberá transferir a la nueva sociedad adjudicataria la Base de Datos que permita la continuidad del funcionamiento del Seguro.

El que, durante el período de vigencia del Contrato de Administración o con posterioridad a él, haga uso de la información incluida en la Base de Datos que mantenga la ASSD para un fin distinto al establecido en esta ley, será sancionado con las penas de presidio menor en cualquiera de sus grados, sin perjuicio de las sanciones administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 101, de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Para el desarrollo de los estudios de carácter técnico, la Superintendencia podrá requerir la información de la Base de Datos a que se refiere dicho artículo que fuere necesaria para el cumplimiento de los objetivos establecidos en él y con el fin de ejercer el control y fiscalización en las materias de su competencia, pudiendo realizar el tratamiento de datos personales que esta Base contenga.

El personal de la Superintendencia deberá guardar absoluta reserva y secreto de las informaciones de las cuales tome conocimiento en el cumplimiento de sus funciones sin perjuicio de las informaciones y certificaciones que deba proporcionar de conformidad a la ley.

Subsecretaría de Previsión Social

Las Subsecretarías de Hacienda, de Evaluación Social y del Trabajo y la Dirección de Presupuestos, estarán facultadas para exigir los datos personales contenidos en la Base de Datos y la información que fuere necesaria para el ejercicio de sus funciones al ASSD. En tal caso, el tratamiento y uso de los datos personales que efectúen los organismos antes mencionados quedarán dentro del ámbito de control y fiscalización de dichos servicios.

Los organismos públicos antes señalados y su personal deberán guardar absoluta reserva y secreto de la información de que tomen conocimiento y abstenerse de usar dicha información en beneficio propio o de terceros. Para efectos de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 125 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2005, del Ministerio de Hacienda, se estimará que los hechos que configuren infracciones a esta disposición vulneran gravemente el principio de probidad administrativa, sin perjuicio de las demás sanciones y responsabilidades que procedan.

La Superintendencia de Seguridad Social elaborará una muestra representativa de la Base de Datos, previo proceso de disociación de ésta de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.628, la cual será puesta a disposición de personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, tales como universidades y centros de investigación, entre otros, para la realización de investigación y estudios, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha Superintendencia.

La supervigilancia, control y fiscalización de la ASSD corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social. Para estos efectos, estará investida de las mismas facultades que el decreto ley N° 3.500 y el decreto con fuerza de ley N° 101, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ambos de 1980, otorgan a la Superintendencia de Fondos de Pensiones respecto de sus fiscalizados.

En caso de incumplimiento de sus obligaciones por parte de la ASSD, la Superintendencia podrá imponer a ésta las sanciones establecidas en esta ley, en el decreto ley N° 3.500 y en el decreto con fuerza de ley N° 101, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, ambos de 1980.

Cuando una enajenación de acciones de la Sociedad Administradora a un tercero o a un accionista minoritario, alcance por sí sola o sumada a las que aquél ya posea, más del 10% de las acciones de la mencionada sociedad, el adquirente deberá requerir autorización a los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda.

Subsecretaría de Previsión Social

La autorización podrá ser denegada por resolución fundada en la capacidad de la ASSD para continuar prestando los servicios estipulados en el contrato de administración.

Las acciones que se encuentren en la situación prevista en el inciso anterior, y cuya adquisición no haya sido autorizada, no tendrán derecho a voto.

Durante la vigencia del contrato, la ASSD deberá asegurar la continuidad de la prestación del servicio en condiciones de absoluta normalidad y en forma ininterrumpida. El incumplimiento de esta obligación constituirá infracción grave de sus obligaciones.

La ASSD deberá celebrar convenios para el otorgamiento de sus prestaciones sanitarias. Dichos convenios se realizarán con profesionales y establecimientos o entidades, públicas o privadas, que decidan entregar los servicios considerados en el SSD y que hayan sido calificados como idóneos para ello por el Ministerio de Salud. Además, podrán celebrar contratos de prestación de servicios con entidades externas, en otras materias, según lo que al respecto establezcan las Bases de Licitación y el contrato de administración del Seguro.

La Superintendencia de Seguridad Social y la Dirección de Presupuestos deberán realizar cada tres años un estudio actuarial que permita evaluar la sustentabilidad del SSD. Asimismo, este estudio deberá realizarse cada vez que se proponga una modificación a las prestaciones otorgadas por este seguro. El estudio actuarial será público.

La duración del contrato será fijada en las respectivas Bases de Licitación, sin que en ningún caso pueda ser superior a diez años.

Consejo Consultivo para la Dependencia

Créase un Consejo Consultivo para la Dependencia cuya función será asesorar a los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud en las materias relacionadas con la regulación y funcionamiento del Seguro Social contra la Dependencia (SSD). En el cumplimiento de estas funciones deberá:

- a) Asesorar oportunamente sobre las propuestas de modificaciones legales de los parámetros del sistema;
- b) Asesorar oportunamente sobre las propuestas de modificaciones a los reglamentos que se emitan sobre esta materia;

Subsecretaría de Previsión Social

- c) Asesorar acerca de los métodos, criterios y parámetros generales que incidan en el otorgamiento, revisión, suspensión y extinción de los beneficios, contenidos en los reglamentos a que se refiere el literal precedente, y
- d) Evacuar un informe anual que será remitido a los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda, de Salud y al Congreso Nacional, que contenga su opinión acerca del funcionamiento de la normativa a que se refieren los literales precedentes.

El Consejo será convocado por su Presidente a solicitud de cualquiera de los Ministros indicados en el inciso primero o de dos de sus integrantes. En todo caso, el Consejo podrá acordar la realización de sesiones periódicas y su frecuencia.

Los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud tendrán derecho a ser oídos por el Consejo cada vez que lo estimen conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, deberá emitir una opinión fundada sobre los impactos en el seguro, y los efectos fiscales producidos por las modificaciones de normativas que se pretenda introducir. Dicha opinión constará en un informe de carácter público que será remitido a los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud.

La opinión del Consejo podrá incluir, si corresponde, sugerencias de modificaciones.

Los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud deberán emitir una respuesta formal a cada informe elaborado por el Consejo.

Cuando el Consejo emita opinión sobre las propuestas de modificaciones reglamentarias o criterios que incidan en los beneficios otorgados por el SSD, los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud remitirán oportunamente al Congreso Nacional dicho documento. Asimismo, remitirán la respuesta que elaboren a los informes del Consejo.

En todo caso, de no emitirse la opinión del Consejo dentro del plazo señalado en el reglamento, podrá presentarse el correspondiente proyecto de ley o efectuarse la modificación reglamentaria sin considerarlo.

Subsecretaría de Previsión Social

Para cumplir con sus labores, los consejeros deberán contar con todos los estudios y antecedentes técnicos que se tuvieron a la vista para tal efecto por parte de los Ministerios del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud, los que deberán hacer entrega de los mismos.

Sin perjuicio de lo anterior, la Subsecretaría de Previsión Social deberá poner a disposición del Consejo los antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados de conformidad al inciso precedente, que requiera para el debido cumplimiento de sus funciones.

El Consejo contará con un Secretario nombrado por éste, el que será remunerado por la Subsecretaría de Previsión Social. El Secretario coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

La Subsecretaría de Previsión Social prestará al Consejo el apoyo administrativo necesario para el debido funcionamiento del Consejo.

El Consejo estará integrado por:

- a) Un Consejero designado por el Presidente de la República, que lo presidirá, y
- b) Cuatro Consejeros designados por el Presidente de la República y ratificados por el Senado, los cuales durarán seis años en sus funciones.

El Presidente de la República designará como Consejeros a personas con reconocido prestigio por su experiencia y conocimientos en el campo de la Economía, el Derecho, la Salud y disciplinas relacionadas con la seguridad social.

Los consejeros designados para su ratificación por el Senado, se elegirán por pares alternadamente cada tres años. Estos deberán ser ratificados por los cuatro séptimos de los senadores en ejercicio. Para tal efecto el Presidente hará una propuesta que comprenderá dos consejeros. El Senado deberá pronunciarse respecto de la propuesta como una unidad.

Los integrantes del Consejo percibirán una dieta de cargo fiscal en pesos equivalente a 17 unidades tributarias mensuales por cada sesión a que asistan, con un máximo de 51 unidades tributarias mensuales por cada mes calendario.

Los consejeros designados con ratificación del Senado serán inamovibles. En caso que cesare alguno de ellos por cualquier causa, procederá la designación de un nuevo

Subsecretaría de Previsión Social

consejero, mediante una proposición unipersonal del Presidente de la República, sujeta al mismo procedimiento dispuesto en el artículo anterior, por el periodo que restare.

Serán causales de cesación de los consejeros ratificados por el Senado, las siguientes:

- a) Expiración del plazo por el que fue nombrado.
- b) Renuncia aceptada por el Presidente de la República.
- c) Sobreviniencia de alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad. El consejero que adquiera una calidad que lo inhabilite para desempeñar la función, cesará automáticamente en ella.
- d) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Será falta grave la inasistencia injustificada a tres sesiones consecutivas, sin perjuicio de otras, así calificadas por el Senado, por los cuatro séptimos de sus miembros en ejercicio, a proposición del Presidente de la República.

El desempeño de labores de consejero será incompatible con el ejercicio de cargos directivos unipersonales en los órganos de dirección de los partidos políticos.

Los miembros del Consejo, no podrán ser gerentes, administradores o directores de una Administradora de Fondos de Pensiones, de una Compañía de Seguros de Vida, ni de alguna de las entidades del grupo empresarial al que aquéllas pertenezcan, mientras ejerzan su cargo en el Consejo.

El Consejo tomará sus decisiones por la mayoría de sus miembros y en caso de empate resolverá su Presidente. El quórum mínimo para sesionar será de tres miembros con derecho a voto.

Un reglamento, expedido por intermedio del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito también por el Ministro de Hacienda y el Ministro de Salud, establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.

5.9.1. Modalidad de entrega beneficios

Como se discutió en el punto anterior, cada una de las posibles modalidades para entregar los servicios del Seguro de dependencia, tienen sus pro y contra; que dependen desde la óptica bajo la cual se analicen. Para la realidad chilena la forma de entregar los beneficios

Subsecretaría de Previsión Social

es relevante debido a factores geográficos y culturales. Con respecto al segundo punto es relevante al momento de realizar la propuesta de política pública, ya que el A.M. tipo tiene dos presupuestos culturalmente asimilados, una de ellos es permanecer en el hogar el mayor tiempo posible, y el otro dice relación con las características particulares de geografía del país.

En lo que se refiere a factores culturales, en principio quedaría descartada la opción de Prestación en dinero, incluyéndose sólo la entrega en especie: esto es, atención de cuidadores en el domicilio o atención institucional en hogares o instituciones acreditadas a los cuales se les aportará una cápita equivalente, provista financieramente por la institución que gestiona el seguro. Y teniendo en cuenta la pertinencia y utilidad de la institucionalización que recomiendan los expertos.

Otras prestaciones no consideradas en los cálculos anteriores pero que se puede promover por su alta eficacia es la modalidad de teleasistencia.

Los factores geográficos hacen que las prestaciones en servicios, vouchers, o institucionalización, sean complejas de implementar en zonas remotas o alejadas de lugares con alta concentración de potenciales beneficiarios. Por lo anterior, la mejor opción ante esta medida es por medio de la modalidad domiciliaria y prestación económica, como caso excepcional, para que sean los mismos familiares o amigos los que cumplan la función, en todo caso, bajo los mismos criterios de acreditación de cualquier otro proveedor individual.

En base a lo expuesto, se considera que la mejor modalidad de entrega del beneficio por dependencia sea contingente al factor geográfico, es decir: si el dependiente vive en un lugar aislado se le proporcionarán todo lo necesario para tener cuidados domiciliarios o la prestación económica; similar a lo anterior para dependientes que vivan en lugares con gran cantidad de población será preferible entregar los beneficios por medio institucional o domiciliaria.

En este punto es clave cumplir uno de los principios fundamentales expresados en este informe, y es aquel que tiene relación con accesibilidad y universalidad de los beneficios, es decir, la vocación de seguridad social del seguro en que todos puedan acceder a una asistencia de calidad necesaria, independientemente de los ingresos o del patrimonio y que a su vez los aportes al sistema si dependan de ello. Este principio pone de manifiesto



Subsecretaría de Previsión Social

que la modalidad de entrega de los beneficios no debe ser restringida, sino más bien generar lineamientos que permitan orientar las condiciones en la cual una modalidad es preferida a otra.

6. ANEXOS

6.1 ANEXOS CAPÍTULO I

6.1.1. Análisis encuesta Protección a la Dependencia

Puntajes MMSE modificado

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Acumulado (%)</i>
< 13 (demente)	188.644	11,35	11,35
>=13	1.473.193	88,65	100,00
	1.661.837	100	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Puntajes Escala de Pfeiffer

<i>Puntaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Acumulado (%)</i>
<=5	157.130	52,18	52,18
>5(demente)	143.996	47,82	100,00
<i>Total</i>	301.126	100	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

¿Puede cruzar un cuarto, pieza o habitación caminando?

<i>Respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Acumulado (%)</i>
<i>Sí, sin ayuda</i>	1.545.237	91,85	91,85
<i>Sí, con ayuda</i>	81.194	4,83	96,68
<i>No puede</i>	46.537	2,77	99,44
<i>No sabe</i>	494	0,03	99,47
<i>No aplica</i>	8.470	0,50	99,98
<i>No responde</i>	400	0,02	100,00
<i>Total</i>	1.682.331	100,00	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

¿Puede vestirse solo?

<i>Respuesta</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Acumulado (%)</i>
<i>Sí, sin ayuda</i>	1.542.469	91,69	91,69
<i>Sí, con ayuda</i>	78.742	4,68	96,37
<i>No puede</i>	54.433	3,24	99,60
<i>No aplica</i>	6.546	0,39	99,99
<i>No responde</i>	141	0,01	100,00
<i>Total</i>	1.682.331	100	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

¿Puede usted comer solo (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.)?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Sí, sin ayuda	1.629.327	96,85	96,85
Sí, con ayuda	29.587	1,76	98,61
No puede	19.979	1,19	99,80
No sabe	534	0,03	99,83
No aplica	2.639	0,16	99,98
No responde	265	0,02	100,00
Total	1.682.331	100,00	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

¿Puede acostarse o levantarse de la cama?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Sí, sin ayuda	1.598.508	95,02	95,02
Sí, con ayuda	53.665	3,19	98,21
No puede	24.442	1,45	99,66
No sabe	617	0,04	99,70
No aplica	4.956	0,29	99,99
No responde	141	0,01	100,00
Total	1.682.331	100,00	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

¿Puede usar el servicio sanitario, incluyendo sentarse y levantarse del WC?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
Sí, sin ayuda	1.612.923	95,87	95,87
Sí, con ayuda	44.793	2,66	98,54
No puede	21.928	1,30	99,84
No sabe	76	0,00	99,84
No aplica	2.184	0,13	99,97
No responde	427	0,03	100,00
Total	1.682.331	100,00	

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Imposibilitado para realizar al menos una AVD

Imposibilitado	Frecuencia	Porcentaje (%)	Acumulado (%)
No	1.590.352	94,53	94,53
Sí	91.979	5,47	100,00

Subsecretaría de Previsión Social

<i>Total</i>	1.682.331	100
--------------	-----------	-----

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Criterio Estricto, por sexo y categoría de Edad

<i>Tramos</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>% del Total del tramo</i>	<i>Total Dependientes</i>
60-64	4%	2%	3%	12.610
65-69	9%	6%	7%	25.924
70-74	7%	6%	6%	21.992
75-79	7%	14%	12%	36.163
80-84	22%	27%	25%	32.614
85-máx	28%	41%	37%	40.196
<i>Total</i>				169.499

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Criterio Amplio, por sexo y categoría de Edad

<i>Tramos</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>% del Total del tramo</i>	<i>Total Dependientes</i>
60-64	6%	6%	6%	22.326
65-69	11%	7%	8%	31.788
70-74	11%	8%	9%	32.503
75-79	14%	20%	18%	56.116
80-84	30%	36%	34%	43.938
85-máx	39%	51%	47%	51.129
<i>Total</i>				237.801

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Cuántas personas componen su grupo familiar incluido usted, Criterio Estricto

Personas	tramo: 60-64 años			tramo: 65-69 años			tramo: 70-74 años		
	Sí	Total	% Dependientes	Sí	Total	% Dependientes	Sí	Total	% Dependientes
1	1.519	43.341	12,0%	1547	40860	6,0%	1.418	53.511	0,4%
2	6.864	115.826	54,4%	6445	112029	24,9%	4.396	117.441	1,3%
3	1.211	74.260	9,6%	3022	74080	11,7%	2.656	52.869	0,8%
4	714	61.789	5,7%	1776	47151	6,9%	5.090	43.205	1,6%
5	822	36.884	6,5%	4274	43563	16,5%	4.187	38.704	1,3%
6	714	29.200	5,7%	2893	25076	11,2%	3.397	28.840	1,0%
7	307	24.929	2,4%	3273	19324	12,6%	515	11.970	0,2%
8	166	3.346	1,3%	2696	7388	10,4%	95	5.629	0,0%
9	0	7.283	0,0%	0	4461	0,0%	0	5.444	0,0%
10	0	718	0,0%	0	3218	0,0%	0	601	0,0%
11	0	166	0,0%	0	824	0,0%	238	238	0,1%
12	-	-	-	0	166	0,0%	0	294	0,0%
13	294	294	2,3%	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	0	95	0,0%	-	-	-	0	166	0,0%
Total	12.610	398.130	100,0%	25924	378140	100,0%	21.992	358.911	0,067375246

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Cuántas personas componen su grupo familiar incluido usted, Criterio Estricto

Personas	tramo: 75-79 años			tramo: 80-84 años			tramo: 85 o más		
	Sí	Total	% Dependientes	Sí	Total	% Dependientes	Sí	Total	% Dependientes
1	2.677	61.014	7,4%	3.319	27.148	10,2%	3503	21923	8,7%
2	12.253	90.521	33,9%	8.031	27.768	24,6%	12758	32613	31,7%
3	7.407	52.844	20,5%	6.570	25.413	20,1%	8608	15965	21,4%
4	2.880	37.398	8,0%	3.501	14.319	10,7%	6430	15086	16,0%
5	5.559	28.786	15,4%	6.645	21.566	20,4%	5413	6525	13,5%
6	4.336	21.022	12,0%	3.073	8.130	9,4%	1529	6156	3,8%
7	520	12.875	1,4%	326	2.796	1,0%	819	3130	2,0%
8	275	3.788	0,8%	76	791	0,2%	961	2796	2,4%
9	255	421	0,7%	933	1.096	2,9%	0	3130	0,0%
10	0	933	0,0%	-	-	-	-	-	-
11	0	166	0,0%	-	-	-	177	350	0,4%
12	0	166	0,0%	0	141	0,0%	-	-	-
13	-	-	-	141	141	0,4%	-	-	-
14	0	95	0,0%	0	135	0,0%	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	36.163	310.029	100,0%	32.614	129.444	100,0%	40196	107676	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Cuántas personas componen su grupo familiar incluido usted, Criterio Amplio

Personas	tramo: 60-64 años			tramo: 65-69 años			tramo: 70-74 años		
	<i>Sí</i>	<i>Total</i>	<i>% Dependientes</i>	<i>Sí</i>	<i>Total</i>	<i>% Dependientes</i>	<i>Sí</i>	<i>Total</i>	<i>% Dependientes</i>
1	1615	43341	7,2%	2139	40860	6,7%	1790	53511	5,5%
2	10700	115826	47,9%	7191	112029	22,6%	8093	117441	24,9%
3	2666	74260	11,9%	4855	74080	15,3%	5838	52869	18,0%
4	1314	61789	5,9%	2355	47151	7,4%	6990	43205	21,5%
5	1129	36884	5,1%	5742	43563	18,1%	5120	38704	15,8%
6	4039	29200	18,1%	3277	25076	10,3%	3729	28840	11,5%
7	307	24929	1,4%	3533	19324	11,1%	610	11970	1,9%
8	166	3346	0,7%	2696	7388	8,5%	95	5629	0,3%
9	0	7283	0,0%	0	4461	0,0%	0	5444	0,0%
10	95	718	0,4%	0	3218	0,0%	0	601	0,0%
11	0	166	0,0%	0	824	0,0%	238	238	0,7%
12				0	166	0,0%	0	294	0,0%
13	294	294	1,3%						
14									
15	0	95	0,0%				0	166	0,0%
Total	22.326	398.130	100,0%	31787,94	378140,489	100,0%	32503,11	358910,823	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Cuántas personas componen su grupo familiar incluido usted, Criterio Amplio

Personas	tramo: 75-79 años			tramo: 80-84 años			tramo: 85 o más		
	Sí	Total	% Dependientes	Sí	Total	% Dependientes	Sí	Total	% Dependientes
1	6649	61014	11,8%	5653	27148	12,9%	6030	21923	11,8%
2	16417	90521	29,3%	8960	27768	20,4%	16230	32613	31,7%
3	9269	52844	16,5%	9135	25413	20,8%	9605	15965	18,8%
4	6533	37398	11,6%	4359	14319	9,9%	6927	15086	13,5%
5	6704	28786	11,9%	9747	21566	22,2%	6174	6525	12,1%
6	5864	21022	10,4%	4171	8130	9,5%	2034	6156	4,0%
7	1141	12875	2,0%	763	2796	1,7%	1431	3130	2,8%
8	2971	3788	5,3%	76	791	0,2%	961	2796	1,9%
9	255	421	0,5%	933	1096	2,1%	1562	3130	3,1%
10	314	933	0,6%	-	-	-	-	-	-
11	0	166	0,0%	-	-	-	177	350	0,3%
12	0	166	0,0%	0	141	0,0%	-	-	-
13	-	-	-	141	141	0,3%	-	-	-
14	0	95	0,0%	0	135	0,0%	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	56.116,47	310.029,08	100,0%	43.937,93	129.444,21	100,0%	51.129,45	107.675,83	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso

Ingreso (M\$)	tramo: 60-64 años			tramo: 65-69 años			tramo: 70-74 años		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	118.825	2.122	30,1%	127.699	5.108	55,6%	111.647	4.527	52,2%
1	94.704	2.222	31,6%	79.014	3.789	41,2%	106.681	1.206	13,9%
2	44.603	-	0,0%	61.563	294	3,2%	29.166	140	1,6%
3	39.249	2.696	38,3%	12.486	-	0,0%	18.538	2.792	32,2%
4	8.999	-	0,0%	10.159	-	0,0%	6.490	-	0,0%
5	4.254	-	0,0%	5.902	-	0,0%	6.023	-	0,0%
6	2.888	-	0,0%	3.839	-	0,0%	259	-	0,0%
7	9.423	-	0,0%	531	-	0,0%	531	-	0,0%
8	1.574	-	0,0%	966	-	0,0%	1.149	-	0,0%
9	783	-	0,0%	837	-	0,0%	294	-	0,0%
10	4.579	-	0,0%	397	-	0,0%	979	-	0,0%
Total	329.881	7.039	100,0%	303.394	9.191	100,0%	281.758	8.665	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso

Ingreso (M\$)	tramo: 75-79 años			tramo: 80-84 años			tramo: 85 o más		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	75.762	2.691	61,5%	33.137	2.623	65,8%	13.029	346	16,9%
1	96.933	1.395	31,9%	28.414	1.072	26,9%	25.026	1.527	74,7%
2	25.416	287	6,6%	11.793	-	0,0%	9.057	171	8,4%
3	8.295	-	0,0%	5.060	82	2,1%	3.383	-	0,0%
4	12.519	-	0,0%	939	-	0,0%	1.071	-	0,0%
5	2.631	-	0,0%	554	208	5,2%	274	-	0,0%
6	1.422	-	0,0%	829	-	0,0%			
7	1.388	-	0,0%						
8	140	-	0,0%	135	-	0,0%			
9									
10	617	-	0,0%						
Total	225.124	4.373	100,0%	80.862	3.985	100,0%	51.839	2.043	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso

Ingreso (M\$)	tramo: 60-64 años			tramo: 65-69 años			tramo: 70-74 años		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	118.825	4.073	25,6%	127.699	7.590	51,3%	111.647	6.569	35,5%
1	94.704	8.170	51,3%	79.014	6.122	41,4%	106.681	7.622	41,2%
2	44.603	-	0,0%	61.563	492	3,3%	29.166	1.084	5,9%
3	39.249	2.696	16,9%	12.486	-	0,0%	18.538	3.197	17,3%
4	8.999	-	0,0%	10.159	12	0,1%	6.490	-	0,0%
5	4.254	-	0,0%	5.902	293	2,0%	6.023	32	0,2%
6	2.888	293	1,8%	3.839	285	1,9%	259	-	0,0%
7	9.423	-	0,0%	531	-	0,0%	531	-	0,0%
8	1.574	706	4,4%	966	-	0,0%	1.149	-	0,0%
9	783	-	0,0%	837	-	0,0%	294	-	0,0%
10	4.579	-	0,0%	397	-	0,0%	979	-	0,0%
Total	329.881	15.937	100,0%	303.394	14.794	100,0%	281.758	18.504	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso

Ingreso (M\$)	tramo: 75-79 años			tramo: 80-84 años			tramo: 85 o más		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	75.762	9.876	62,6%	33.137	6.817	69,2%	13.029	1.888	20,0%
1	96.933	5.624	35,6%	28.414	1.938	19,7%	25.026	5.200	55,1%
2	25.416	287	1,8%	11.793	727	7,4%	9.057	1.959	20,8%
3	8.295	-	0,0%	5.060	82	0,8%	3.383	364	3,9%
4	12.519	-	0,0%	939	76	0,8%	1.071	22	0,2%
5	2.631	-	0,0%	554	208	2,1%	274	-	0,0%
6	1.422	-	0,0%	829	-	0,0%			
7	1.388	-	0,0%						
8	140	-	0,0%	135	-	0,0%			
9									
10	617	-	0,0%						
Total	225.124	15.787	100,0%	80.862	9.848	100,0%	51.839	9.433	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso per cápita

Ingreso (M\$)	tramo: 60-64 años			tramo: 65-69 años			tramo: 70-74 años		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	170.198	2.974	45%	181.893	5.621	63%	165.827	5.328	61%
1	78.705	3.707	55%	55.587	3.003	34%	61.916	3.240	37%
2	11.947	-	0%	26.646	294	3%	15.689	-	0%
3	9.899	-	0%	3.055	-	0%	2.897	96	1%
4	2.157	-	0%	3.038	-	0%	930	-	0%
5	497	-	0%	1.648	-	0%	1.648	-	0%
6	716	-	0%	1.431	-	0%	12	-	0%
7	940	-	0%	32	-	0%	340	-	0%
8	979	-	0%	260	-	0%	706	-	0%
9	219	-	0%	96	-	0%			
10	1.712	-	0%	87	-	0%			
Total	277.968	6.681	100%	273.774	8.917	100%	249.965	8.665	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio estricto, por nivel de ingreso per cápita

Ingreso (M\$)	tramo: 75-79 años			tramo: 80-84 años			tramo: 85 o más		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	114.764	3.289	77%	41.993	1.711	73%	17.285	346	35%
1	61.057	961	23%	21.553	554	24%	16.434	655	65%
2	18.202	-	0%	2.927	-	0%	4.531	-	0%
3	3.310	-	0%	2.129	82	4%	2.309	-	0%
4	6.125	-	0%	102	-	0%			
5	690	-	0%				83	-	0%
6				207	-	0%			
7	571	-	0%						
8				135	-	0%			
9									
10	166	-	0%						
Total	204.885	4.250	100%	69.047	2.347	100%	40.643	1.001	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso per cápita

Ingreso (M\$)	tramo: 60-64 años			tramo: 65-69 años			tramo: 70-74 años		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	170.198	7.259	49%	181.893	9.446	68%	165.827	10.068	58%
1	78.705	6.611	44%	55.587	4.111	30%	61.916	7.059	41%
2	11.947	706	5%	26.646	294	2%	15.689	32	0%
3	9.899	293	2%	3.055	-	0%	2.897	208	1%
4	2.157	-	0%	3.038	12	0%	930	-	0%
5	497	-	0%	1.648	-	0%	1.648	-	0%
6	716	-	0%	1.431	-	0%	12	-	0%
7	940	-	0%	32	-	0%	340	-	0%
8	979	-	0%	260	-	0%	706	-	0%
9	219	-	0%	96	-	0%			
10	1.712	-	0%	87	-	0%			
Total	277.968	14.868	100%	273.774	13.863	100%	249.965	17.367	100%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

Subsecretaría de Previsión Social

Dependientes severos criterio amplio, por nivel de ingreso per cápita

Ingreso (M\$)	tramo: 75-79 años			tramo: 80-84 años			tramo: 85 o más		
	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes	Total AM	N° Dependientes	% Dependientes
0	114.764	11.699	78,8%	41.993	6.146	78,2%	17.285	205982%	32,1%
1	61.057	3.145	21,2%	21.553	1.498	19,0%	16.434	245770%	38,3%
2	18.202	-	0,0%	2.927	138	1,8%	4.531	170636%	26,6%
3	3.310	-	0,0%	2.129	82	1,0%	2.309	19047%	3,0%
4	6.125	-	0,0%	102	-	0,0%			
5	690	-	0,0%				83	0%	0,0%
6				207	-	0,0%			
7	571	-	0,0%						
8				135	-	0,0%			
9									
10	166	-	0,0%						
Total	204.885	14.844	100,0%	69.047	7.864	100,0%	40.643	641435%	100,0%

Fuente: Elaboración CIEDESS, en base a Encuesta Dependencia Personas Mayores 2009

6.2 ANEXOS CAPÍTULO II

6.2.1 Metodología proyecciones demográficas

Las proyecciones han sido desarrolladas de acuerdo al criterio de tabla de vida actual (period lifetable), la cual contiene la misma información que la tabla de vida de una cohorte, tratando de reflejar los efectos de la mortalidad en la población.

De acuerdo a estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la utilización de tablas de mortalidad actuales de la población, no generan mayores diferencias en el análisis de la mortalidad; es más se estima que el error en la esperanza de vida al nacer será del orden de los 0,2 años solamente.

Una vez construida la tabla de vida, se procede a realizar las proyecciones de la población en base a la metodología del Componente de Cohorte (Cohort Component), la que actualmente es el único método empleado en la realización de proyecciones de población, implementado por las Naciones Unidas (1999) y el United States Bureau of Census (1996)¹².

El método anteriormente enunciado, consiste en segmentar a la población en diferentes subgrupos (por edad) diferenciándolos en lo referido a los “riesgos” de fertilidad, mortalidad, y migración, computando estos cambios en cada subgrupo. En toda población estos “riesgos”, están asociados a la edad y sexo de los integrantes de la esta.

a) Supuestos

- Tasa de natalidad igual: Tasas específicas por tramo de edad para la población Chilena el año 2010, según las estadísticas vitales del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud.
- Población cerrada a la migración: se asume que en términos generales, los efectos de la migración tendrán efectos mínimos en el grupo de población de estudio.
- Todas las proyecciones demográficas que se realizan en esta sección, tienen como fuente primaria de información las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2002.
- Tasas de mortalidad por sexo, edad, región y comuna provienen de las estadísticas vitales que elabora el DEIS del Ministerio de Salud.

¹² Para mayor detalle ver Preston, Heuvelin y Guillot: Demography: Measuring and Modeling Population Processes

Subsecretaría de Previsión Social

- Fueron considerados grupos de 5 años para la elaboración de las proyecciones demográficas, de acuerdo a la información disponible para la realización de ellas. Para obtener la proyección de manera anual, se procedió a interpolar entre quinquenios de la información poblacional.
- Se supone que un 50% de los nacimientos corresponde a mujeres

b) Proyección

La información base empleada en las proyecciones demográficas, consiste en la población proyectada a nivel nacional por sexo realizada por INE – CELADE, junto con las muertes del mismo periodo de tiempo obtenidas desde las estadísticas vitales de la población para el mismo periodo. A partir de la información antes descrita es posible deducir la tasa de mortalidad por edad y sexo, Cuadro N° 73.

Cuadro N° 73: Población Chilena 2010

Grupo de edad	Población Nx			Muertes durante el año Di			Tasa de mortalidad por edad (Muertes durante el año/población)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0	197.359	190.256	387.615	1.019	820	1.839	0,00516	0,00431	0,00474
0-4	460.502	443.929	904.431	205	142	347	0,00045	0,00032	0,00038
5-9	724699	699343	1.424.042	131	88	219	0,00018	0,00013	0,00015
10-14	749487	724045	1.473.532	175	128	303	0,00023	0,00018	0,00021
15-19	700604	678433	1.379.037	512	190	702	0,00073	0,00028	0,00051
20-4	623754	608525	1.232.279	737	202	939	0,00118	0,00033	0,00076
25-9	611016	602783	1.213.799	777	231	1.008	0,00127	0,00038	0,00083
30-4	622212	619680	1.241.892	941	346	1.287	0,00151	0,00056	0,00104
35-9	627424	629903	1.257.327	1.110	448	1.558	0,00177	0,00071	0,00124
40-4	579428	586312	1.165.740	1.566	740	2.306	0,00270	0,00126	0,00198
45-9	474299	485410	959.709	1.794	1.088	2.882	0,00378	0,00224	0,00300
50-4	379458	396253	775.711	2.284	1.324	3.608	0,00602	0,00334	0,00465
55-9	309189	333326	642.515	2.891	1.752	4.643	0,00935	0,00526	0,00723
60-4	239856	269921	509.777	3.762	2.381	6.143	0,01568	0,00882	0,01205
70-4	184521	222370	406.891	5.367	3.864	9.231	0,02909	0,01738	0,02269
70-4	139385	183165	322.550	6.386	5.563	11.949	0,04582	0,03037	0,03705
75-9	91558	134471	226.029	5.352	5.802	11.154	0,05845	0,04315	0,04935
80+	78457	144250	222.707	6.483	11.440	17.923	0,08263	0,07931	0,08048
All	7.793.208	7.952.375	15.745.583	41.492	36.549	78.041	0,00532	0,00460	0,00496

Fuente: Elaboración propia en base a INE, Estadísticas Vitales de la población

Con la información anterior solo es posible realizar proyecciones poblacionales para el grupo de población actual, sin considerar nuevos nacimientos, por lo cual se hace necesario introducir este factor, el cual será fundamental al momento de modelar la evolución de la población en el

Subsecretaría de Previsión Social

tiempo. La información de las tasas específicas de fecundidad más actualizadas en las estadísticas vitales de la población son las correspondientes al año 2010, Cuadro N° 74, de acuerdo a la información obtenida de DEIS.

Cuadro N° 74: Tasa específica de fecundidad por edad

Tramo edad	Tasa Fecundidad
15 a 19	52,0
20 a 24	83,1
25 a 29	91,3
30 a 34	87,4
35 a 39	52,3
40 a 44	13,7
45 a 49	0,7

Nota: Tasa específica de fecundidad por edad: corresponde al cociente entre el número de nacidos vivos de madres según grupos de edad y el total de población femenina correspondiente al grupo de edad; Tasa expresada por 1.000 mujeres

Fuente: DEIS- MINSAL

Con la información antes descrita es posible obtener los años persona vividos entre las edades por medio de la siguiente formula:

$${}_nL_x = n * l_{x+n} + {}_n a_x * {}_n d_x$$

Donde:

- n = periodo de tiempo
- l_{x+n} = número de sobrevivientes a la edad x
- ${}_n a_x =$
promedio de años persona vividos en el intervalo por aquellos muriendo en el intervalo
- ${}_n d_x =$ numero de personas muriendo entre las edades x y $x + n$

Luego es necesario calcular los sobrevivientes en cada tramo de edad de acuerdo a:

$$S_x = \frac{l_{x+n}}{l_x}$$

Con la información obtenida en los procedimientos anteriores, es posible calcular la población para el quinquenio siguiente de acuerdo a:

$$N_{x+5} = S_x * N_x$$

Una vez realizados los cálculos anteriores, es posible realizar proyecciones demográficas de manera quinquenal, como las realizadas por el equipo consultor.



Subsecretaría de Previsión Social

6.2.2 Estudio de casos por país

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 existente hasta ese momento: seguros de enfermedad, desempleo, pensiones y seguro de accidentes. El sistema cuenta con 709 mil beneficiarios en régimen residencial (68%) y 1,54 millones en régimen domiciliario (32%) (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%.

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 continuo 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

Subsecretaría de Previsión Social

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.

Los seguros de salud son los encargados de valorar el estado de dependencia y proponen la clasificación de los beneficiarios. Según la evaluación realizada en el año 2006, el proceso de valorización y clasificación demora en promedio 41 días en el caso de la valoración a domicilio y de 31 días en las residencias. De este modo, en el proceso del año 2006, para el 15% se concluyó que no clasificaba como dependencia, 46,5% clasificó en nivel I, 31,5% en nivel II y 7,1% nivel III.

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 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), seis 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.

Subsecretaría de Previsión Social

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.

Cuadro: 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 cuidadas 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 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 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,

Subsecretaría de Previsión Social

- ayudas a domicilio (atención de necesidades del hogar, cuidado personal, centros de día y de noche) y
- servicios de atención residencial.

La ley dispone también los grados de dependencia a considerar:

- 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).

Cuadro: 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 de asistencia personal para personas con gran dependencia	para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

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, 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 Personalisee 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

Subsecretaría de Previsión Social

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.

Subsecretaría de Previsión Social

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

Subsecretaría de Previsión Social

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 observa contra Medicaid en este plano, 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 como un gran reto frente al aumento de la población mayor, la disminución del número de nacimientos y la dificultad de las familias para cuidar a los dependientes (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, más el cuidado institucional no puede ser entregado con estos fines. Se financia a través de un sistema de reparto, en el cual el co-pago 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

Subsecretaría de Previsión Social

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 al de 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.

Subsecretaría de Previsión Social

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).

Subsecretaría de Previsión Social

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,

Subsecretaría de Previsión Social

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).

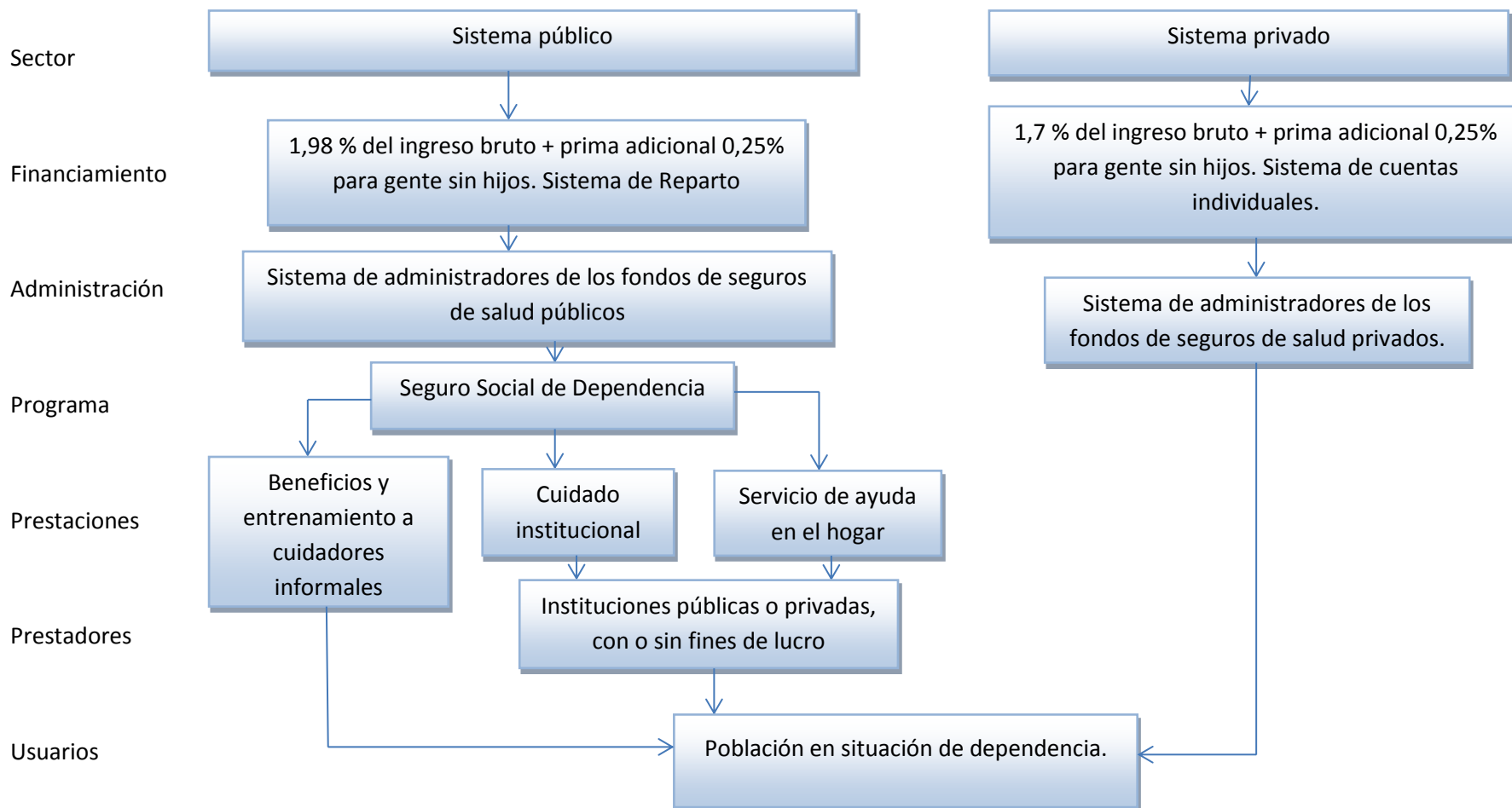
En las siguientes figuras se puede apreciar en detalle la estructura de los programas en los países mencionados, a través del análisis del sector en que se desarrolla (público/privado), el



Subsecretaría de Previsión Social

financiamiento, la administración del sistema, los programas y las prestaciones contenidas, los prestadores y los usuarios que tienen acceso.

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





Subsecretaría de Previsión Social

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

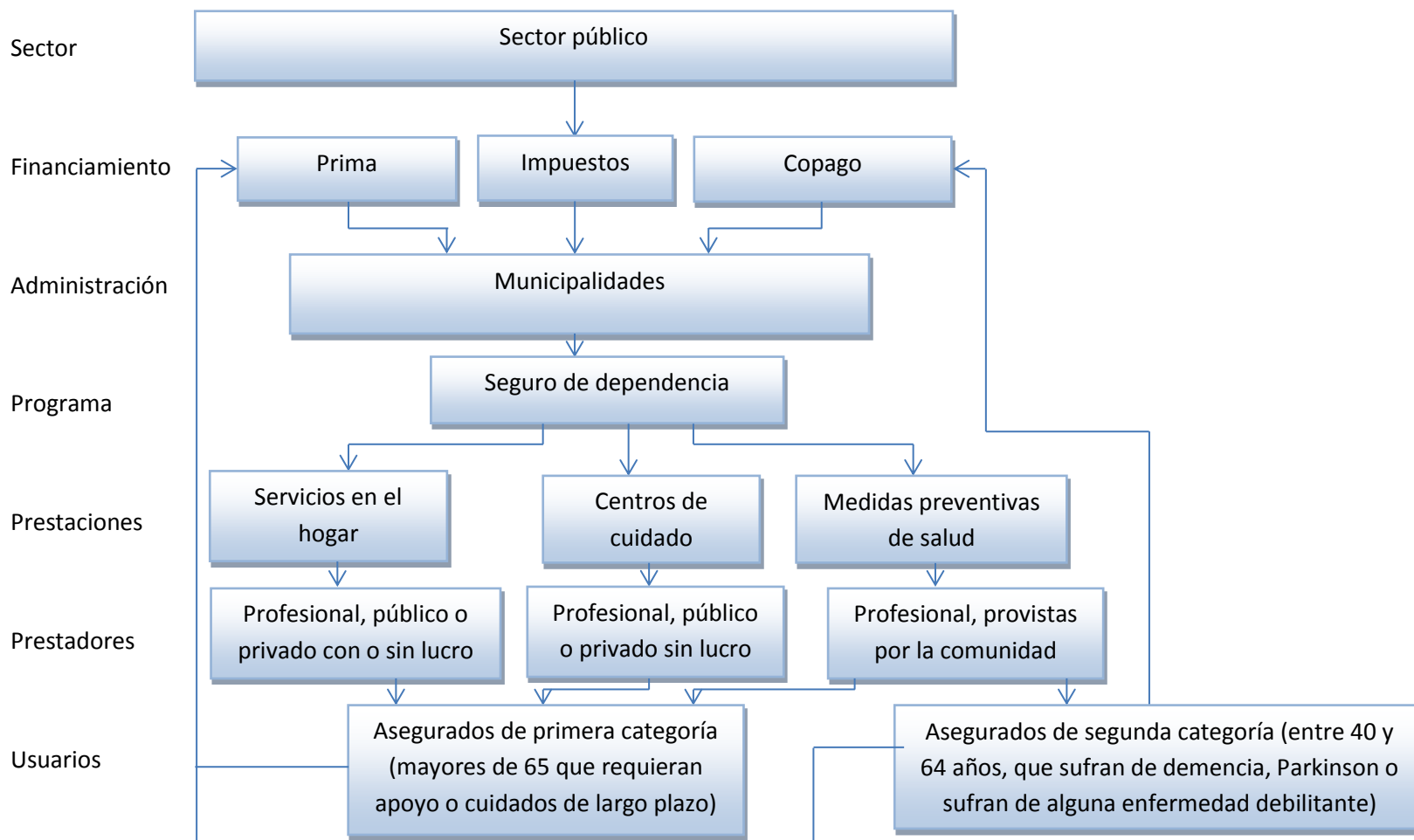
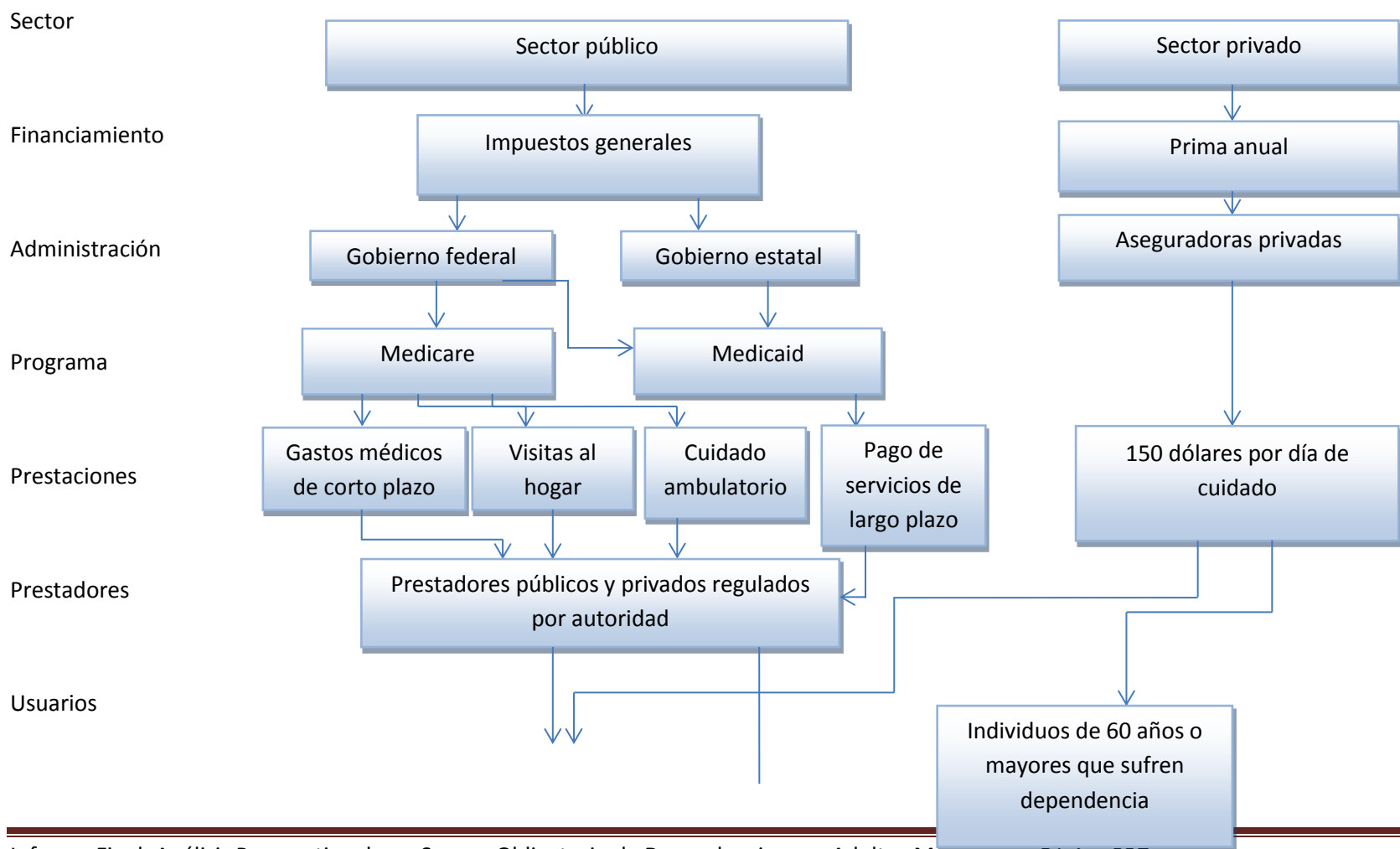


Figura 3: Estructura del Seguro social para la dependencia de los Estados Unidos



Subsecretaría de Previsión Social

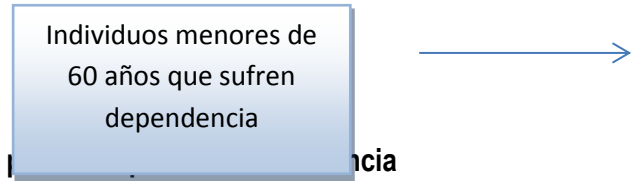
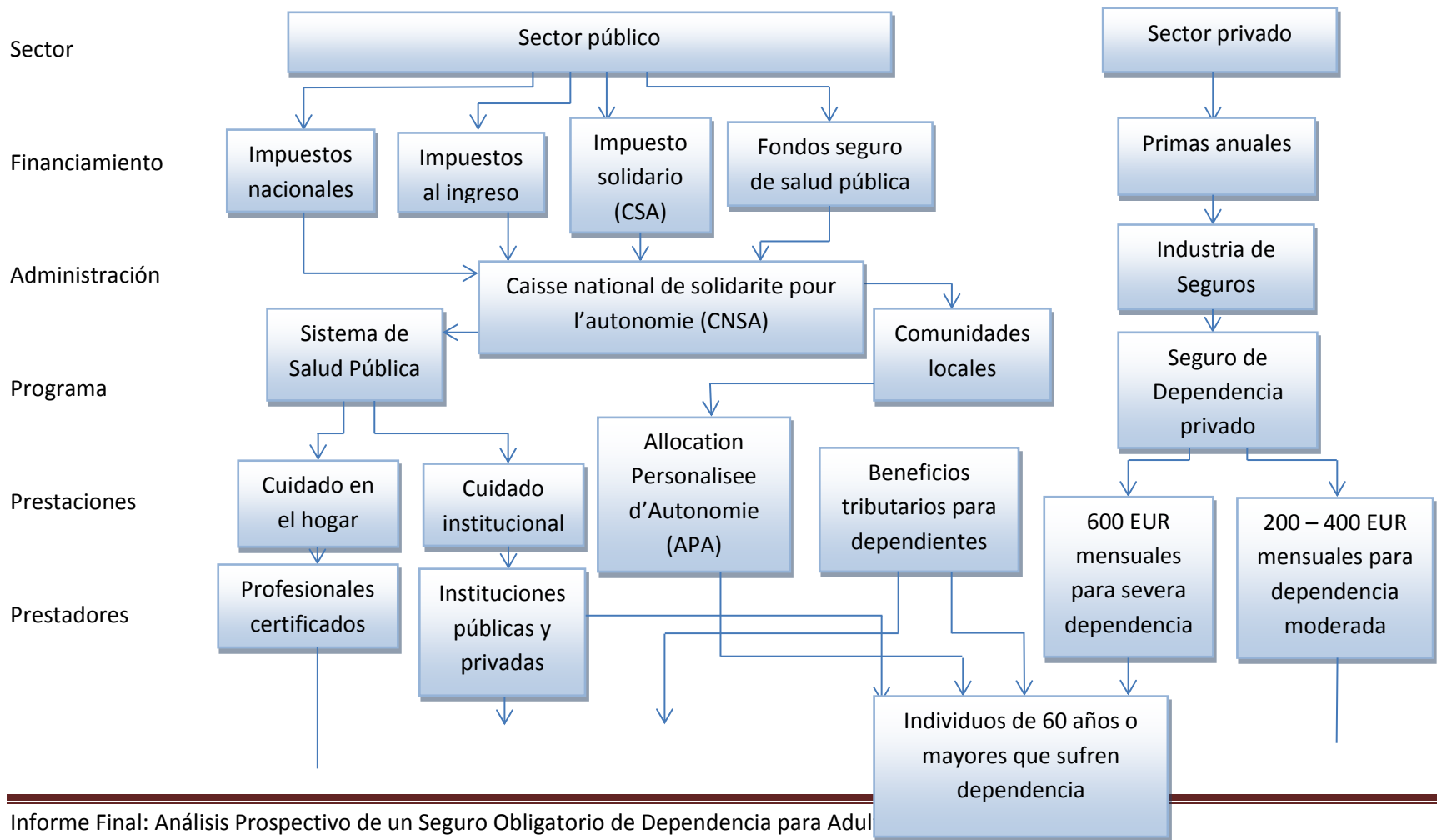


Figura 4: Estructura del Seguro social



Subsecretaría de Previsión Social

Usuarios



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



Subsecretaría de Previsión Social

Usuarios

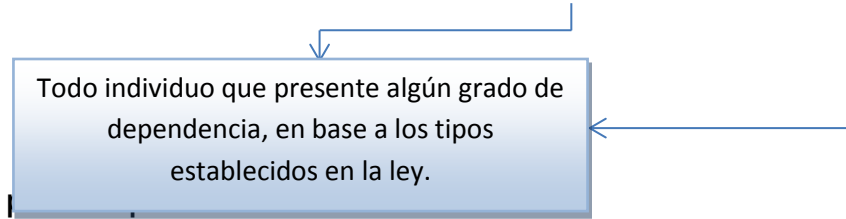
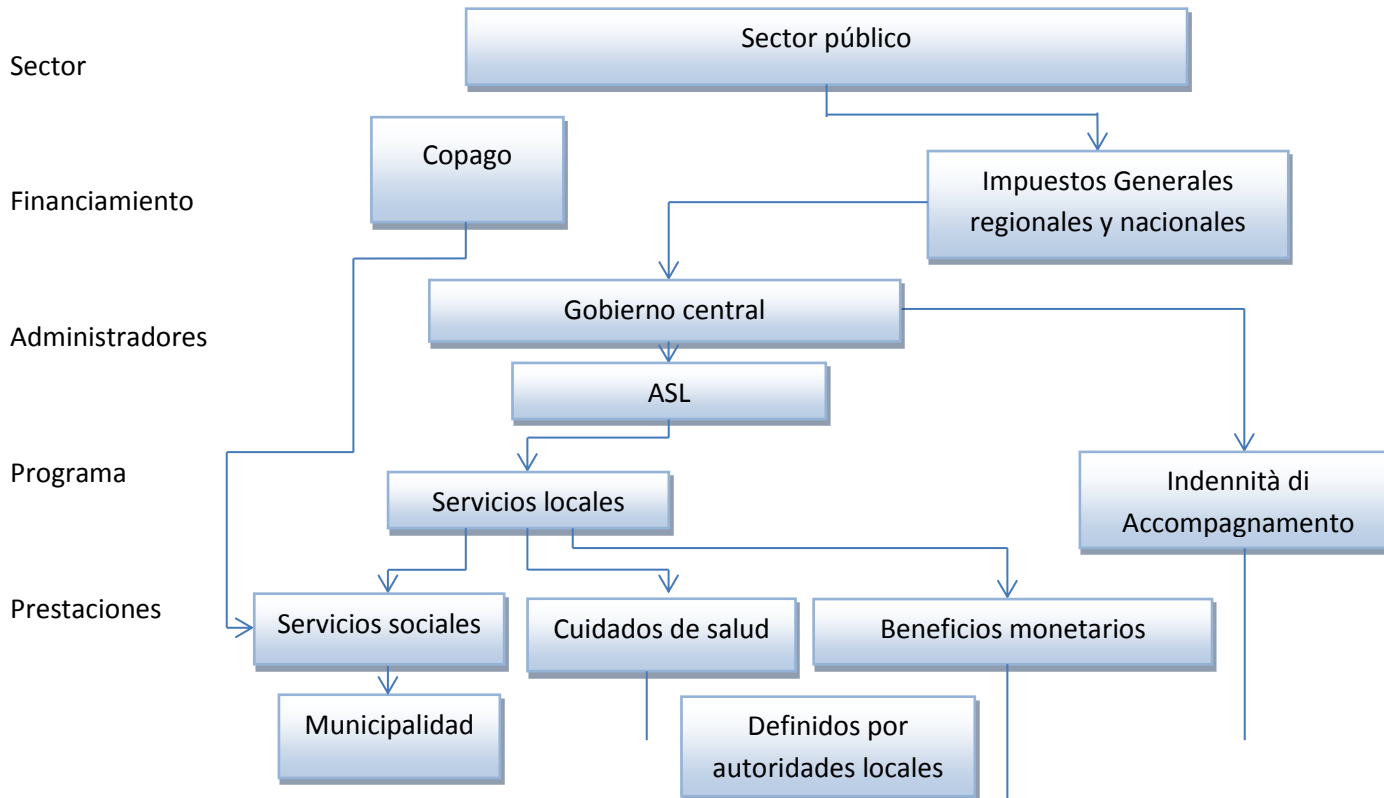


Figura 6: Estructura del Seguro social



Subsecretaría de Previsión Social

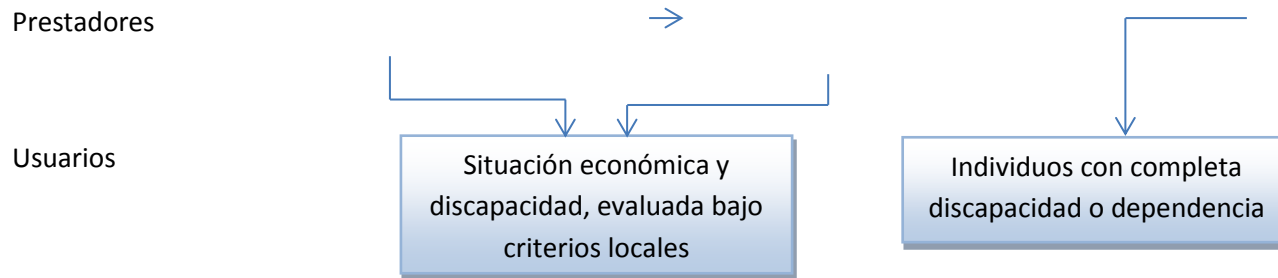
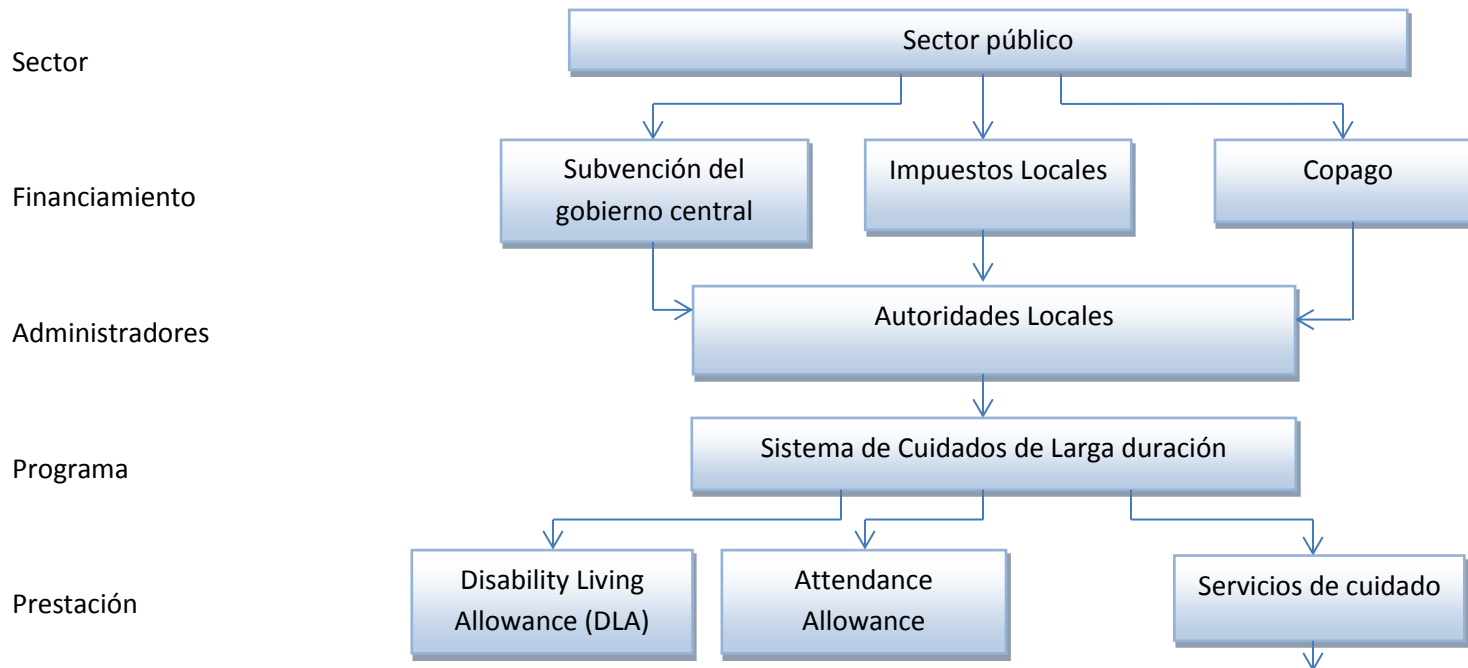


Figura 7: Estructura del Seguro social para la dependencia del Reino Unido



Subsecretaría de Previsión Social

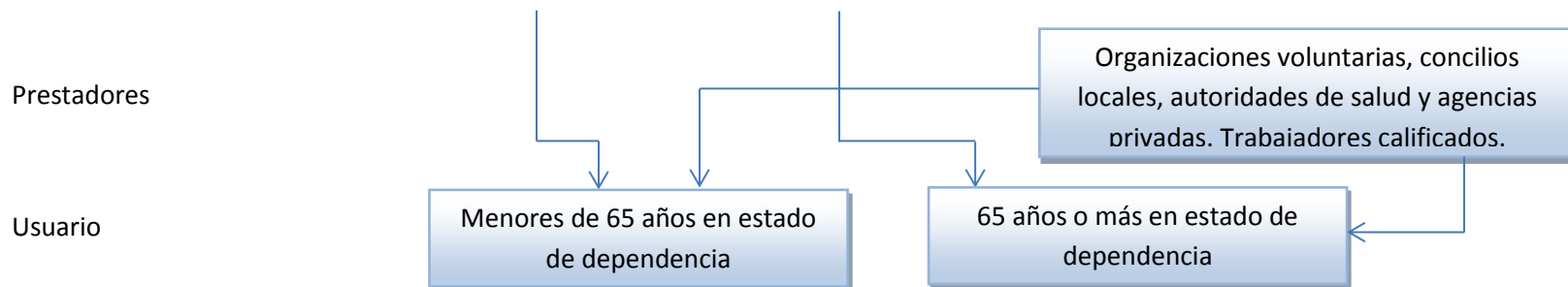
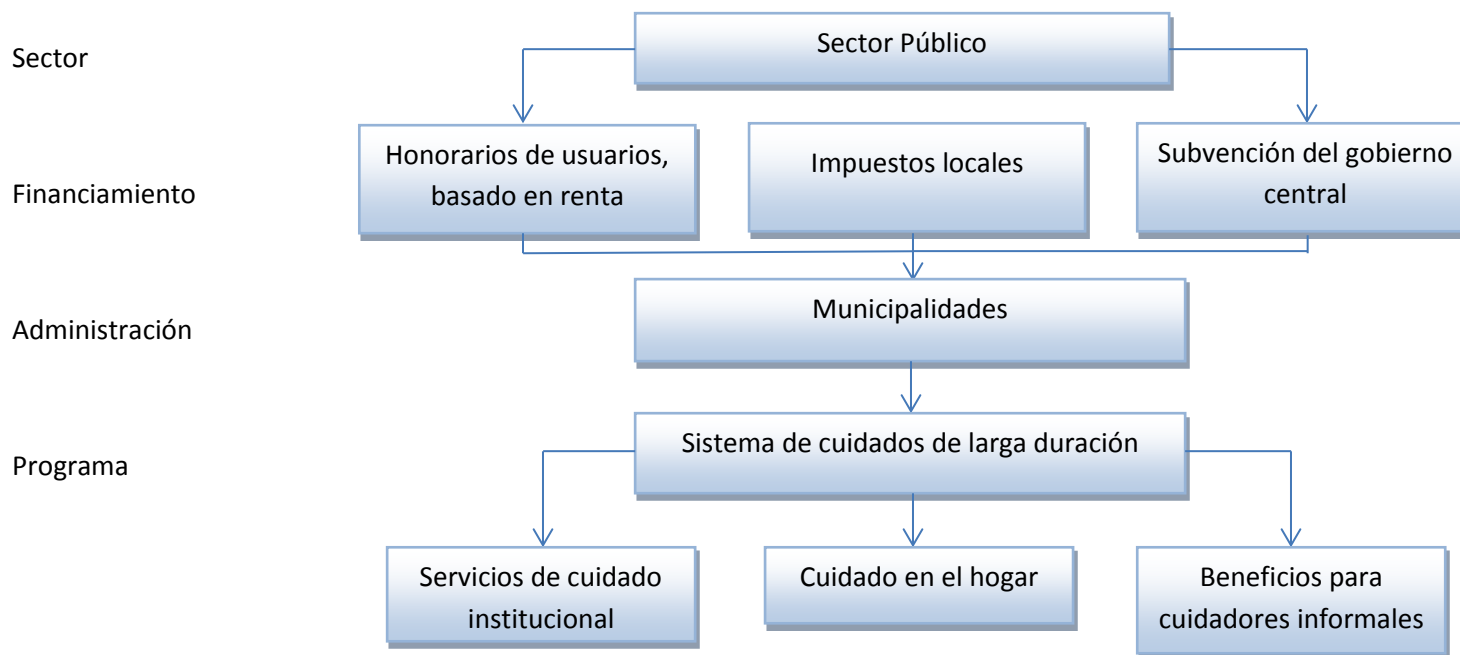


Figura 8: Estructura del Seguro social para la dependencia de Suecia



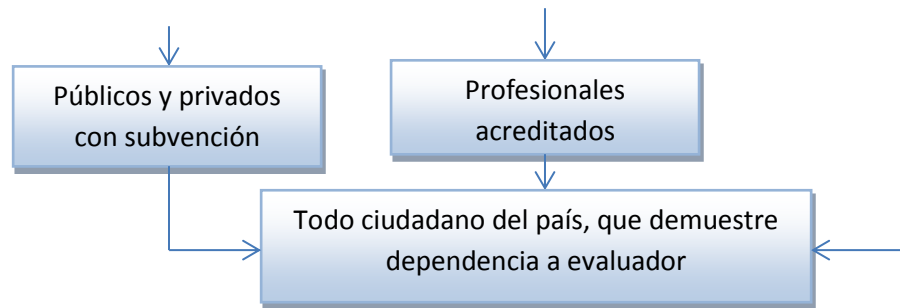


Subsecretaría de Previsión Social

Prestación

Prestadores

Usuarios



Subsecretaría de Previsión Social

6.2.3 Escenarios de proyección poblacional dependiente

La variación anual de la prevalencia de dependencia se ajusta de acuerdo a la evidencia de Estados Unidos, para el periodo 1992-2004, cuyo promedio anual total es de -1,4%. En el Cuadro se observa el porcentaje de personas de 65 y más que informan al menos una limitación, según género y tramo de edad.

Cuadro: Porcentaje de personas de 65 años y más informando al menos una limitación funcional (mayor dificultad o no capaz de realizar), Estados Unidos (MCBS)

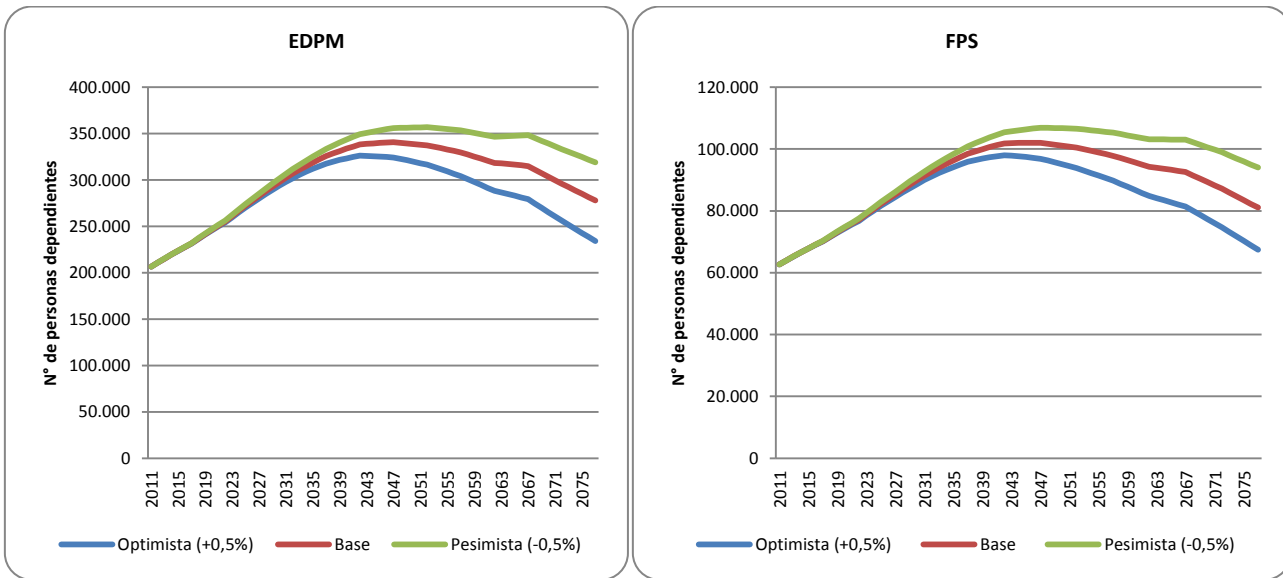
Total (%)	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Var. Anual
[65 y más, edad ajust.]	34,7	33	32,3	31,8	30,2	29,5	29,7	30,7	30,5	29,8	30,5	30	29,2	-1,4%
[65 y más (severa)]	33,5	32,7	32,1	31,8	30,1	29,7	30	31,2	31	30,4	31,2	30,7	30	-0,9%
[65 a 74]	23,7	22,2	21,6	21,2	19,5	19,3	19,9	21,4	21,3	21,1	21,2	21,8	20,4	-1,2%
[75 a 84]	39,6	37,4	36,7	35,6	34,2	33,6	34,1	34	33,9	32,8	34,5	33	33	-1,5%
[85 y más]	68,2	66,8	65,7	65,7	63,9	60,7	59,1	60,8	59,8	58,4	58,8	56,5	55,6	-1,7%
Hombres (%)														
[65 y más, edad ajust.]	29,7	29	27,4	27,2	25,4	25,8	25,1	26,1	26,3	25,4	26,2	25,7	24,9	-1,5%
[65 y más (severa)]	27,1	27,1	25,8	25,7	23,9	24,4	23,9	25	25,5	24,6	25,6	25,2	24,3	-0,9%
[65 a 74]	20,7	20,2	18,5	18	16,4	17,2	17,2	19	19,3	18,3	18,8	18,6	16,7	-1,8%
[75 a 84]	33,1	32	30,4	31,7	29,9	29,6	28,3	28,4	28,8	27,7	29,4	28,9	29	-1,1%
[85 y más]	58,3	57,4	56,7	53,7	51,5	50,7	49,1	50,1	49,1	49,1	48,5	46,4	47,6	-1,7%
Mujeres (%)														
[65 y más, edad ajust.]	37,7	35,5	35,5	34,7	33,2	31,9	32,7	33,6	33,1	32,7	33,4	33	32,3	-1,3%
[65 y más (severa)]	37,7	36,4	36,5	36,1	34,5	33,3	34,4	35,4	34,8	34,4	35,2	34,6	34,2	-0,8%
[65 a 74]	25,9	23,8	23,9	23,9	22,2	21,1	22,1	23,4	23,1	23,4	23,2	24,5	23,6	-0,8%
[75 a 84]	43,5	40,7	40,8	38,3	37	36,2	37,8	37,8	37,2	36,2	38,1	35,8	35,8	-1,6%
[85 y más]	71,8	70,5	69,3	70,3	69	64,9	62,9	65,1	64,2	62,3	63,4	60,9	59,1	-1,6%

Fuente: "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", Organization for Economic Co-operation and Development (2007).

Elaboración propia.

Al mismo tiempo se simulan escenarios de variación en este ajuste anual: base (sin variación, suponiendo que las políticas de salud o promoción de vida saludable tienen el mismo efecto y ya se considerarían en la variación anual inicial); optimista de 0,5% (variación de prevalencia crece); y pesimista de -0,5% (variación de prevalencia cae). Los resultados se presentan en el Gráfico N° 24.

Gráfico N° 25: Proyección de dependientes según escenario y encuesta base.



Fuente: EDPM, FPS.
Elaboración propia.

Subsecretaría de Previsión Social

6.2.4 Proyecto de Ley que crea el Seguro Social Contra la Dependencia

“TÍTULO I

CREA EL SEGURO SOCIAL CONTRA LA DEPENDENCIA

Párrafo Primero

Del Seguro Social contra la Dependencia

Artículo 1°.- Créase un Seguro Social contra la Dependencia, en adelante, el “Seguro”, en las condiciones previstas en esta ley, cuya regulación y fiscalización corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social, en adelante la "Superintendencia", sin perjuicio de las competencias que correspondan a otros organismos fiscalizadores.

Párrafo Segundo

Personas Protegidas

Artículo 2°.- Tendrán derecho a las prestaciones del Seguro, las siguientes personas:

- a) Todos los trabajadores por cuenta ajena, cualesquiera que sean las labores que ejecuten.
- b) Los funcionarios públicos de la Administración Civil del Estado, municipales y de instituciones administrativamente descentralizadas del Estado.
- c) Los trabajadores independientes que reciban rentas gravadas por el artículo 42, N°2, de la Ley sobre Impuesto a la Renta.
- d) Los pensionados, salvo aquellas personas calificadas como gran inválido y que reciban prestaciones por la ley 16.744
- e) Toda persona que se afilie voluntariamente¹³.

¹³ Se considera oportuno permitir que personas que, por cualquier causa, no se encuentren obligadas a cotizar, puedan acceder a este seguro, como a toda la seguridad social, de forma voluntaria.

Subsecretaría de Previsión Social

Las personas antes indicadas estarán obligadas a cotizar en este Seguro Social a partir de los 40 años.

Artículo 3°.- La afiliación de un trabajador para los demás efectos de seguridad social, se entenderá hecha, por el ministerio de la ley, para este seguro.

Artículo 4°.- Para acceder a las prestaciones del Seguro, se requerirá cumplir con alguno de los siguientes requisitos:

- a) Ser declarado dependiente, en el grado que establezca el reglamento.
- b) Contar con 65 o más años de edad.
- c) Registrar un mínimo de 60 cotizaciones mensuales continuas o discontinuas al seguro desde el momento de su afiliación.

Artículo 5°.- Las personas que cuenten con un puntaje igual o inferior a [] en la FPS, no necesitarán cumplir con el requisito de la letra c) del artículo anterior.

Párrafo Tercero

Contingencia Cubierta

Artículo 6°.- Para los efectos de esta ley se entiende por dependencia al estado en el que una persona, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, por el cual necesita asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria.

Un reglamento dictado por el Ministerio []¹⁴ determinará los grados en que se clasificará la dependencia, los mecanismos para acreditarla y el punto a partir del cual se concederán las prestaciones de la presente ley. Dicho reglamento deberá facultar el acceso a las prestaciones, a lo menos, a las personas postradas y dementes.

Párrafo Cuarto

Prestaciones

¹⁴ Probablemente Salud o conjunto con Trabajo.

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 7°- El Seguro financiará hasta \$[] mensuales para el pago de cuidados de largo plazo, otorgado por personas o establecimientos que elija el beneficiario y que cuenten con convenio con la institución administradora del seguro.

Adicionalmente, el seguro financiará la realización de actividades básicas de cuidado del hogar para aquellos beneficiarios que no cuenten con posibilidades de acceder a ella.

Las personas o entidades que otorguen atención de la dependencia, deberán cumplir los requisitos establecidos por un reglamento que, para este efecto, dicte el Ministerio de Salud, siendo calificados por la institución administradora del seguro.

Artículo 8°.- Los cuidados de largo plazo se otorgarán en el domicilio del beneficiario, en la medida que sea posible. De no ser así, podrán otorgarse en las instalaciones de un proveedor calificado.

Artículo 9°.- Un reglamento dictado conjuntamente por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda determinará las características mínimas que ha de cumplir el servicio de cuidados de largo plazo; las circunstancias en que procede cada modalidad y las condiciones para acceder a la prestación de los artículos anteriores.

Artículo 10°.- Los montos que financie el Seguro serán enterados directamente por la sociedad administradora, a la persona o establecimiento que atienda al beneficiario. Sólo excepcionalmente y en la medida que no sea posible entregar los cuidados de las formas antes indicadas, se entregará al beneficiario el importe establecido para la prestación.

Artículo 11°.- Los montos establecidos en el inciso primero del artículo 7° se reajustarán el 1 de enero de cada año, en el 100% de la variación que experimente el índice de precios al consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas entre noviembre del año anteprecedente y noviembre del año precedente al que comenzará a aplicarse el reajuste.

Subsecretaría de Previsión Social

Con todo, los montos antes señalados serán reajustados siempre que la variación del índice antes mencionado sea positiva. Si fuese negativa, el tope mantendrá su valor vigente y sólo se reajustará en la oportunidad en que se produzca una variación positiva que corresponda por aplicación del inciso anterior, caso en el cual deberá considerar en su cálculo las variaciones negativas acumuladas, descontándolo de la variación positiva generada para efecto de determinar el reajuste a aplicar.

Artículo 12°.- El beneficiario del seguro deberá solicitar su aplicación ante la sociedad administradora. Dicha solicitud se realizará mediante el formulario que para tal efecto provea dicha sociedad, el que deberá estar disponible a través de medios electrónicos. El contenido mínimo del referido formulario como asimismo los medios para ponerlo a disposición de los solicitantes se establecerá mediante una norma de carácter general dictada al efecto por la Superintendencia.

Si la sociedad administradora verifica que la solicitante cumple con los requisitos para acceder al Seguro, procederá a emitir y comunicar al beneficiario, dentro de los diez días hábiles siguientes a la solicitud, la resolución que concede el respectivo beneficio. En caso que determine que el solicitante no cumple dichos requisitos, procederá a rechazar la respectiva solicitud mediante resolución fundada, la que deberá emitir y comunicar al solicitante en el plazo ya señalado. Esta resolución será reclamable ante la Superintendencia en el plazo de 10 días hábiles contados desde su notificación.

Las prestaciones del Seguro comenzarán a devengarse desde la fecha de presentación de la solicitud para acceder al mismo, siempre que se cumplan los requisitos para acceder a él.

Párrafo Quinto

Extinción de las prestaciones

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 13°.- El derecho a percibir el Seguro se extinguirá, por cualquiera de las siguientes causales:

- a) Por la pérdida de la calidad de dependiente,
- b) Por la disminución del nivel de dependencia bajo el parámetro de otorgamiento de prestaciones; y
- c) Por el uso indebido del seguro de acuerdo a lo señalado en el artículo 73 de la presente ley.

Artículo 14°.- La acción de las personas o establecimientos que entregan cuidados para requerir el pago de los montos indicados en el inciso primero del artículo 7°, prescribe en el plazo de seis meses contados desde la fecha en que debió realizarse el pago.

Párrafo Sexto

Del financiamiento del Seguro y del Fondo del Seguro Social contra la Dependencia

Artículo 15.- Créase el Fondo del Seguro Social contra la Dependencia, en adelante, el “Fondo”, el cual, financiará las prestaciones del Seguro. Este Fondo tendrá un patrimonio independiente y diverso del patrimonio de la sociedad que lo administre, y sin que dicha sociedad tenga dominio sobre él.

Artículo 16°.- El Fondo se financiará con los siguientes recursos:

- a) Un (0-1%) de las remuneraciones imponibles, de cargo del trabajador.
- b) Un (0-1%) de las remuneraciones imponibles, de cargo del empleador.

Subsecretaría de Previsión Social

c) Con un (0-1%) del monto de las pensiones de vejez otorgadas por el Régimen de Capitalización Individual.

d) Con el producto de las multas, reajustes e intereses que se apliquen en conformidad a la Ley 17.322;

e) Con las utilidades o rentas que produzcan la inversión de los recursos anteriores; y

f) Un aporte del Estado que ascenderá anualmente a un total de [] unidades tributarias mensuales, las que se enterarán en 12 cuotas mensuales de [] unidades tributarias mensuales.

g) Con los reintegros que procedan en conformidad al inciso 2° del artículo 72 de la presente ley.

Para los efectos de lo dispuesto en la presente ley, se considerará remuneración la señalada en el artículo 41 del Código del Trabajo.

Artículo 17°.- La cotización señalada en la letras a), b) y c) del artículo anterior, se reajustará en enero de cada año cuando el valor esperado del Fondo, por una parte, no sea suficiente para financiar al menos [] meses de sus gastos esperados, o bien supere un valor necesario para financiar más de [] meses de los gastos esperados de éste.

En dichos casos, el reajuste será aquel que, considerando los ingresos y gastos totales anuales esperados del Fondo para el año en que se aplicaría el referido reajuste, su valor esperado alcance para financiar, a diciembre de dicho año, un número de meses del total de gastos esperados del Fondo que converja a cuatro.

El reajuste se llevará a efecto mediante un decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el cual también será suscrito por el Ministerio de Hacienda.

Para dar cumplimiento a lo señalado en el presente artículo, cada año la Superintendencia y la Dirección de Presupuestos deberán realizar o encargar la realización de un estudio que tenga como finalidad estimar los ingresos y gastos esperados del Fondo. Los resultados de este estudio deberán estar disponibles y

Subsecretaría de Previsión Social

publicarse a más tardar en noviembre del año anterior al que podría aplicarse el reajuste señalado en el inciso primero del presente artículo.

No obstante lo señalado en este artículo, la cotización establecida en la letra a) del artículo anterior no podrá ser inferior a 0% ni superior a 2%.

Artículo 18°.- Cada vez que se proponga una modificación legal a las prestaciones otorgadas por el Seguro, a sus condiciones de acceso o a cualquier variable que afecte los ingresos o gastos esperados del Fondo, exceptuando el reajuste contemplado en el artículo precedente, la Superintendencia y la Dirección de Presupuestos, deberán realizar o encargar la realización de un estudio actuarial que permita evaluar la sustentabilidad del Fondo con las modificaciones propuestas.

Dicho estudio deberá a lo menos considerar un análisis sobre el efecto de la modificación en los ingresos y gastos del Fondo. Los resultados del estudio actuarial deberán ser públicos.

Artículo 19°.- Los empleadores deberán cotizar por todos sus trabajadores, así como retener declarar y pagar las cotizaciones que son de cargo de sus trabajadores.

Las entidades pagadoras de pensión deberán hacer lo propio respecto de las cotizaciones establecidas en la letra c), del artículo 16°.

La cotización establecida en la letra a), b) y c) del artículo 16° se calculará sobre las remuneraciones imponibles o pensiones, según corresponda, hasta el tope máximo vigente establecido en el artículo 6° de la ley N° 19.728, consideradas al último día del mes anterior al pago.

Si un trabajador percibiere simultáneamente remuneraciones de dos o más empleos, o remuneraciones y pensiones, todas ellas se sumaran para los efectos señalados en el inciso anterior, debiendo la Superintendencia determinar la forma en que se efectúen y enteren las cotizaciones que señale la ley.

Para todos los efectos legales, estas cotizaciones tendrán el carácter de seguridad social.

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 20°.- El empleador deberá comunicar la iniciación o la cesación de los servicios de sus trabajadores a la sociedad administradora del Fondo dentro del plazo de diez días hábiles contado desde dicha iniciación o término, el que aumentará en tres días hábiles en los casos en que esta comunicación se efectúe por vía electrónica.

Si el empleador no da aviso oportuno de la iniciación o la cesación de los servicios de sus trabajadores deberá asumir los costos del establecimiento de educación que haya debido pagar indebidamente durante dicho período la sociedad administradora.

Artículo 21°.- Las cotizaciones deberán ser pagadas a la sociedad administradora por el empleador o la entidad pagadora de pensiones, dentro de los primeros diez días del mes siguiente a aquél en que se devengaron las remuneraciones o subsidios, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente, si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

Sin embargo, cuando se realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, el plazo mencionado se extenderá hasta el día trece de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo.

Artículo 22°.- En caso de incapacidad laboral transitoria del trabajador, la cotización indicada en la letra a) del artículo 16º, deberá ser retenida y enterada en la Sociedad Administradora, por la respectiva entidad pagadora de subsidios. La cotización indicada en la letra b) del artículo citado, será de cargo del empleador, quien la deberá declarar y pagar.

Las cotizaciones a que se refiere el inciso precedente deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración imponible efectuada para el Seguro, correspondiente al mes anterior a aquél en que se haya iniciado la licencia médica o, en su defecto, la estipulada en el respectivo contrato de trabajo. Para este efecto, la referida remuneración imponible se reajustará en la misma oportunidad y porcentaje en que se reajuste el subsidio respectivo.

Artículo 23°.- Si no se pagare oportunamente la cotización a la sociedad administradora, dicho atraso no impedirá el acceso a los beneficios correspondientes, sin

Subsecretaría de Previsión Social

perjuicio de la obligación de la sociedad administradora del Fondo de perseguir el pago de las sumas adeudadas, en conformidad a lo dispuesto en la ley N° 17.322.

Artículo 24°.- A las cotizaciones del Seguro le serán aplicables las normas de la ley N° 17.322, y gozarán de los mismos privilegios y garantías que las otras cotizaciones previsionales.

Artículo 25°.- Los recursos del Fondo se destinarán al financiamiento del Seguro, así como al pago de la retribución de la sociedad administradora, en conformidad a lo establecido en el artículo 31 de la presente ley.

Artículo 26°.- Los recursos del Fondo se invertirán en los instrumentos financieros señalados en las letras a), b), c), d) y e) del artículo 45 del decreto ley N° 3.500, de 1980; en operaciones con instrumentos derivados de acuerdo a lo que establezcan conjuntamente la Superintendencia y el Ministerio de Hacienda; y, en otros instrumentos, operaciones y contratos, que autorice dicha Superintendencia, previo informe del Ministerio de Hacienda, todas de acuerdo con las instrucciones emitidas al efecto por la Superintendencia.

Los recursos que componen el Fondo podrán entregarse en garantía a bancos y cámaras de compensación por operaciones con instrumentos derivados a que se refiere el inciso anterior.

Las normas que establezcan los criterios de elegibilidad de emisores y diversificación serán determinadas conjuntamente entre la Superintendencia de Seguridad Social y el Ministerio de Hacienda.

Las inversiones que se efectúen con recursos del Fondo tendrán como único objetivo la obtención de una adecuada rentabilidad, que asegure el otorgamiento de los beneficios establecidos en esta ley.

Párrafo Séptimo

Subsecretaría de Previsión Social

De la Administración del Seguro y de su Fondo¹⁵

Artículo 27°.- La administración del Seguro y su Fondo estará a cargo de una sociedad anónima¹⁶ de nacionalidad chilena o agencia de una extranjera constituida en Chile, de giro único, que tendrá como objeto exclusivo administrar el Fondo, y otorgar y administrar las prestaciones del Seguro que establece esta ley, la que se denominará “Sociedad Administradora”.

Artículo 28°.- La Sociedad Administradora deberá prestar los siguientes servicios:

- a) La recaudación de las cotizaciones establecidas en esta ley;
- b) La administración del Fondo y la inversión de los recursos acumulados en el mismo;
- c) La administración, otorgamiento y pago de los beneficios de la presente ley.

Artículo 29°.- La Sociedad Administradora estará obligada a verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones establecidas en la presente ley y que habilitan para tener acceso a los beneficios del Seguro. Dicho control deberá ser previo a la entrega de la prestación correspondiente.

Mientras no se acredite el cumplimiento de los requisitos que hacen precedente el Seguro, la Sociedad Administradora no podrá otorgar prestaciones.

Artículo 30°.- La Sociedad Administradora será de duración indefinida y subsistirá hasta el cumplimiento del plazo de vigencia del contrato de administración, el que será fijado en las respectivas Bases de Licitación, no pudiendo ser superior a [] años. Disuelta aquélla, se aplicará lo dispuesto en los artículos 109 y siguientes de la ley Nº 18.046. Con todo, para dar término al proceso de liquidación de la Sociedad Administradora, se requerirá la aprobación de la cuenta de la liquidación por la Superintendencia.

¹⁵ El presente párrafo sólo asume una de las opciones posibles de entidad administradora.

¹⁶ Si bien no es estrictamente necesario que sea una SA, la estructura de la sociedad creada al efecto debería ser similar a una SA en razón de las mayores facilidades de control.

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 31°.- La Sociedad Administradora tendrá derecho a una retribución, de cargo del Fondo. La retribución se determinará en el contrato de prestación del servicio de administración y deberá considerar, a lo menos, factores de recaudación de las cotizaciones del Seguro. En caso que la retribución se establezca sobre la base de comisiones, éstas estarán exentas del Impuesto al Valor Agregado, establecido en el Título II del decreto ley N° 825, de 1974¹⁷.

Artículo 32°.- Cuando una enajenación de acciones de la Sociedad Administradora a un tercero o a un accionista minoritario, alcance por sí sola o sumada a las que aquél ya posea, más del 10% de las acciones de la mencionada sociedad, el adquirente deberá requerir autorización a los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda.

La autorización podrá ser denegada por resolución fundada en la capacidad de la Sociedad Administradora para continuar prestando los servicios estipulados en el contrato de administración.

Las acciones que se encuentren en la situación prevista en el inciso anterior, y cuya adquisición no haya sido autorizada, no tendrán derecho a voto.

Artículo 33°.- Durante la vigencia del contrato, la Sociedad Administradora deberá asegurar la continuidad de la prestación del servicio de administración en condiciones de absoluta normalidad y en forma ininterrumpida. El incumplimiento de esta obligación constituirá infracción grave de las obligaciones de la Sociedad Administradora.

Artículo 34°.- La Sociedad Administradora deberá celebrar convenios para el otorgamiento de las prestaciones indicadas en esta ley con personas o instituciones calificadas para otorgarlas conforme al reglamento señalado en el artículo 7, en conformidad a lo que a este respecto se establezca en las Bases de Licitación y el contrato de administración del Seguro.

Artículo 35°.- La Sociedad Administradora deberá proporcionar al público en general, información suficiente, fidedigna y oportuna, respecto de su situación institucional, económica y financiera y de la gestión del Seguro que administra, como

¹⁷ Es posible considerar un administrador sin fines de lucro, pero ello implicaría debilitar la opción de licitarlo.

La experiencia indica que todos los administradores sin fines de lucro subsistentes en Chile tenían existencia anterior a la norma que los reconoció.

Subsecretaría de Previsión Social

asimismo de sus sociedades u organismos filiales o relacionados, según establezca la Superintendencia en una norma de aplicación general.

Artículo 36°.- El capital mínimo necesario para la formación de la Sociedad Administradora será el equivalente a [] unidades de fomento, el que deberá enterarse en dinero efectivo y encontrarse suscrito y pagado al tiempo de otorgarse la escritura social. Además, la referida sociedad deberá mantener permanentemente un patrimonio al menos igual al capital mínimo exigido. Si el patrimonio se redujere de hecho a una cantidad inferior al mínimo exigido, ella estará obligada, cada vez que esto ocurra, a completarlo dentro de un plazo de seis meses. Si así no lo hiciere se declarará la infracción grave de las obligaciones que le impone la ley y se procederá según lo establecido en los artículos 39° y siguientes.

Las inversiones y acreencias en empresas que sean personas relacionadas a la Sociedad Administradora, se excluirán del cálculo del patrimonio mínimo exigido a ésta.

Artículo 37°.- La Sociedad Administradora deberá llevar contabilidad separada de su patrimonio propio y del Fondo.

Corresponderá a la Superintendencia examinar, calificar y observar los estados financieros de la Sociedad Administradora, incluyendo el Fondo, los que, según una norma de general aplicación que establezca dicha Superintendencia, deberán presentarse debidamente auditados por auditores externos inscritos en el registro de empresas de auditoría externa de la Superintendencia de Valores y Seguros.

En todo caso, respecto de los auditores externos que contrate la Sociedad Administradora, la Superintendencia tendrá la facultad de impartirles normas para el desarrollo de sus funciones de auditoría y de requerirles cualquier información o antecedente relacionado con el cumplimiento de sus funciones.

La Superintendencia, mediante una instrucción de general aplicación, establecerá la forma y requisitos para la entrega de dicha información.

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 38°.- El contrato de administración se extinguirá por las siguientes causales:

- a) Cumplimiento del plazo por el que se otorgó;
- b) Acuerdo entre los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda y la Sociedad Administradora;
- c) Infracción grave de las obligaciones por parte de la Sociedad Administradora, establecida por resolución firme;
- d) Insolvencia de la Sociedad Administradora, y
- e) Las que se estipulen en las Bases de Licitación.

Las causales señaladas en las letras a), b) y e) darán lugar a una nueva licitación de la administración del Seguro, por parte de los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda. La mencionada licitación deberá efectuarse con la anticipación necesaria para que exista continuidad entre los contratos.

Artículo 39°.- La declaración de infracción grave de las obligaciones de la Sociedad Administradora corresponderá a la Superintendencia y deberá estar fundada en alguna de las causales establecidas en esta ley. Asimismo, corresponderá a dicha Superintendencia la declaración de insolvencia de la Sociedad Administradora.

Producida alguna de las situaciones mencionadas en el inciso primero, cesará la administración ordinaria de la Sociedad y la Superintendencia nombrará un Administrador Provisional, el que tendrá todas las facultades del giro ordinario que la ley y los estatutos señalan al directorio, o a quien haga sus veces, y al gerente. Dicho Administrador tendrá los deberes y estará sujeto a las responsabilidades que establece la ley N° 18.046. La Administración Provisional podrá durar hasta un año.

Adjudicado el nuevo contrato de administración del Seguro, el Administrador Provisional efectuará el traspaso del Fondo y de todos los registros del Seguro, concluido lo cual la Sociedad Administradora se disolverá por el solo ministerio de la ley. La liquidación de la Sociedad Administradora será practicada por la Superintendencia.

Subsecretaría de Previsión Social

Párrafo Octavo

De la Licitación de la Administración del Seguro y de su Fondo

Artículo 40°.- El servicio de administración del Seguro y su Fondo será adjudicado mediante una licitación pública.

La licitación y la adjudicación de la administración del Seguro y su Fondo se registrarán por las normas que establezca esta ley y las respectivas Bases de Licitación, las que serán aprobadas por decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y suscrito además por el Ministro de Hacienda, para cada contrato en particular. Dichas Bases se entenderán incorporadas a los respectivos contratos.

Artículo 41°.- Podrán postular a la licitación señalada en el artículo anterior, concurrir a la constitución de la Sociedad Administradora y prestar los servicios propios de su giro, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, las Administradoras de Fondos fiscalizados por la Superintendencia de Valores y Seguros, las entidades bancarias fiscalizadas por la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, las Compañías de Seguros, las Administradoras de Fondos de Pensiones y además las personas jurídicas, nacionales o extranjeras que cumplan con lo establecido en las Bases de Licitación.

Artículo 42°.- Los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda efectuarán un proceso de precalificación de los postulantes a la licitación con el fin de asegurar su idoneidad técnica, económica y financiera.

Si no hubiere interesados en la licitación o ésta fuere declarada desierta, deberá llamarse, dentro del plazo de treinta días, a una nueva licitación pública. Dicho plazo se contará desde la fecha del decreto que declara desierta la licitación. Si se declara desierta por tercera vez se procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 9° de la ley N° 18.575.

Artículo 43°.- La adjudicación se efectuará mediante decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito también por el Ministro de Hacienda.

Subsecretaría de Previsión Social

Una vez adjudicada la licitación de la administración del Seguro y su Fondo, el adjudicatario quedará obligado a constituir, en el plazo de sesenta días, contado desde la publicación en el Diario Oficial del decreto supremo mencionado en el inciso anterior, y con los requisitos que esta ley y las Bases de Licitación establezcan, la sociedad de nacionalidad chilena o agencia de una extranjera constituida en Chile, con quien se celebrará el contrato y cuyo objeto será el mencionado en el artículo 27.

El inicio de las operaciones de la Sociedad Administradora deberá ser autorizado por la Superintendencia, previa constatación que aquélla se ajusta a la calificación técnica aprobada.

Párrafo Noveno

De las Bases de Datos y del Tratamiento de la Información

Artículo 44°.- La Sociedad Administradora deberá mantener una Base de Datos de los trabajadores sujetos al Seguro, con los registros necesarios para la operación de éste, el que incluirá el registro general de información de los empleadores cotizantes y de los trabajadores por los cuales efectúa la respectiva cotización, de los trabajadores beneficiarios, de los causantes de los beneficios, de los establecimientos de educación, del otorgamiento, suspensión y extinción del beneficio, y el archivo de documentos.

Artículo 45°.- La Sociedad Administradora tendrá la responsabilidad de efectuar el tratamiento de la Base de Datos, sólo para cumplir las funciones definidas en la ley y aquellas que establezca la Superintendencia mediante una norma de carácter general, de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.628.

Artículo 46°.- Para efectos de esta ley, se entenderá por tratamiento de datos lo señalado en el literal “o” del artículo 2° de la ley N° 19.628.

Artículo 47°.- La Base de Datos tendrá como objeto único servir de soporte a las funciones de la Sociedad Administradora, responder a las solicitudes y reclamos de los trabajadores y demás usuarios del Seguro, contestar a los requerimientos de fiscalización y la realización de estudios de carácter técnico por parte de la Superintendencia.

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 48°.- La Base de Datos estará compuesta además con la información que deberán proporcionar, en la forma y periodicidad que determine la Superintendencia, el Administrador del Fondo de Cesantía, el Servicio de Registro Civil e Identificación, la Superintendencia de Seguridad Social, la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Educación, los cuales estarán obligados a entregar los antecedentes requeridos, y, en caso de no contar con ellos o no cumplir con su remisión dentro de los plazos fijados, deberán informar por escrito las razones e indicar el término en que lo harán.

Adicionalmente, la Superintendencia podrá requerir la información de que disponga el Sistema de Información de Datos Previsionales administrado por el Instituto de Previsión Social, como también la información que otras entidades públicas o privadas tengan en su poder y resulte necesaria para la integración del Seguro y el cumplimiento de su objetivo.

Artículo 49°.- La Superintendencia, mediante una norma de carácter general, establecerá los mecanismos necesarios para garantizar el control y resguardo de la Base de Datos, de acuerdo a lo dispuesto en la ley N° 19.628, la que será de responsabilidad exclusiva de la Sociedad Administradora.

Artículo 50°.- Terminado el contrato de administración por cualquier causa, la Sociedad Administradora que estuviere prestando el servicio, deberá transferir a la nueva sociedad administradora la Base de Datos que permita la continuidad del funcionamiento del Seguro.

Artículo 51°.- Solamente la Sociedad Administradora y la Superintendencia podrán realizar el tratamiento de la información contenida en la Base de Datos, debiendo velar por la privacidad de los datos personales y sensibles contenidos en ella, de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 2° del artículo 21 de la ley N° 19.628.

Artículo 52°.- Para todos los efectos de esta ley, se entenderá que la publicidad, comunicación o conocimiento de dicha información, particularmente en lo que se refiere al estado de salud y tratamiento de las personas y los referidos a menores de edad, afecta los derechos de las mismas, en especial, la esfera de su vida privada, de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 2° del artículo 21 de la ley N° 20.285.

Subsecretaría de Previsión Social

Sin perjuicio de lo anterior, la Superintendencia, conforme la ley N° 19.628, al reglamento y a las instrucciones que dicte al efecto, podrá proporcionar acceso a la información que conste en la Base de Datos, asegurando la privacidad de los datos personales y sensibles que pueda contener. Estos datos se entregarán únicamente de forma innominada y a través de muestras aleatorias.

Artículo 53°.- El personal de la Superintendencia, deberá guardar reserva y secreto absoluto respecto de las informaciones de las cuales tome conocimiento en el cumplimiento de sus labores respecto del Seguro creado en la presente ley, sin perjuicio de las informaciones y certificaciones que deba proporcionar de conformidad a la ley. Asimismo, deberá abstenerse de usar dicha información en beneficio propio o de terceros. Los hechos que configuren infracciones a lo indicado se considerarán que vulneran gravemente el principio de probidad administrativa, sin perjuicio de las demás sanciones y responsabilidades que procedan conforme a las reglas generales.

Artículo 54°.- La Dirección de Presupuestos estará facultada para exigir los datos personales contenidos en la Base de Datos a que se refiere el artículo 44° de la presente ley y la información que fuere necesaria a la Sociedad Administradora del Fondo, sólo con el objeto de realizar los estudios señalados en los artículo 17 y 18.

En tal caso, el tratamiento y uso de los datos personales que efectúe quedarán dentro del ámbito de control y fiscalización de dicho servicio.

El personal de la Dirección de Presupuestos deberá guardar absoluta reserva y secreto de la información de que tome conocimiento y abstenerse de usar dicha información en beneficio propio o de terceros. Para efectos de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 125 de la ley N° 18.834, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el decreto con fuerza de ley N° 29, de 2005, del Ministerio de Hacienda, se estimará que los hechos que configuren infracciones a esta disposición vulneran gravemente el principio de probidad administrativa, sin perjuicio de las demás sanciones y responsabilidades que procedan.

Párrafo Décimo

Consejo Consultivo para la Dependencia

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 55°.- Créase un Consejo Consultivo para la Dependencia cuya función será asesorar a los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud en las materias relacionadas con la regulación y funcionamiento del Seguro Social contra la Dependencia (SSD). En el cumplimiento de estas funciones deberá:

- e) Asesorar oportunamente sobre las propuestas de modificaciones legales de los parámetros del sistema;
- f) Asesorar oportunamente sobre las propuestas de modificaciones a los reglamentos que se emitan sobre esta materia;
- g) Asesorar acerca de los métodos, criterios y parámetros generales que incidan en el otorgamiento, revisión, suspensión y extinción de los beneficios, contenidos en los reglamentos a que se refiere el literal precedente, y
- h) Evacuar un informe anual que será remitido a los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda, de Salud y al Congreso Nacional, que contenga su opinión acerca del funcionamiento de la normativa a que se refieren los literales precedentes.

Artículo 56°: El Consejo será convocado por su Presidente a solicitud de cualquiera de los Ministros indicados en el inciso primero o de dos de sus integrantes. En todo caso, el Consejo podrá acordar la realización de sesiones periódicas y su frecuencia.

Los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud tendrán derecho a ser oídos por el Consejo cada vez que lo estimen conveniente, pudiendo concurrir a sus sesiones.

Artículo 57°: El Consejo, dentro del plazo que al efecto fije el reglamento, deberá emitir una opinión fundada sobre los impactos en el seguro, y los efectos fiscales producidos por las modificaciones de normativas que se pretenda introducir. Dicha opinión constará en un informe de carácter público que será remitido a los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud.

La opinión del Consejo podrá incluir, si corresponde, sugerencias de modificaciones.

Los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud deberán emitir una respuesta formal a cada informe elaborado por el Consejo.

Subsecretaría de Previsión Social

Cuando el Consejo emita opinión sobre las propuestas de modificaciones reglamentarias o criterios que incidan en los beneficios otorgados por el SSD, los Ministros del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud remitirán oportunamente al Congreso Nacional dicho documento. Asimismo, remitirán la respuesta que elaboren a los informes del Consejo.

En todo caso, de no emitirse la opinión del Consejo dentro del plazo señalado en el reglamento, podrá presentarse el correspondiente proyecto de ley o efectuarse la modificación reglamentaria sin considerarlo.

Artículo 58°: Para cumplir con sus labores, los consejeros deberán contar con todos los estudios y antecedentes técnicos que se tuvieron a la vista para tal efecto por parte de los Ministerios del Trabajo y Previsión Social, de Hacienda y de Salud, los que deberán hacer entrega de los mismos.

Sin perjuicio de lo anterior, la Subsecretaría de Previsión Social deberá poner a disposición del Consejo los antecedentes y estudios técnicos complementarios a los proporcionados de conformidad al inciso precedente, que requiera para el debido cumplimiento de sus funciones.

Artículo 59°: El Consejo contará con un Secretario nombrado por éste, el que será remunerado por la Subsecretaría de Previsión Social. El Secretario coordinará el funcionamiento del Consejo, realizando las labores que para tal efecto defina el reglamento.

La Subsecretaría de Previsión Social prestará al Consejo el apoyo administrativo necesario para el debido funcionamiento del Consejo.

Artículo 60°: El Consejo estará integrado por:

- c) Un Consejero designado por el Presidente de la República, que lo presidirá, y
- d) Cuatro Consejeros designados por el Presidente de la República y ratificados por el Senado, los cuales durarán seis años en sus funciones.

Artículo 61°: El Presidente de la República designará como Consejeros a personas con reconocido prestigio por su experiencia y conocimientos en el campo de la Economía, el Derecho, la Salud y disciplinas relacionadas con la seguridad social.

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 62°: Los consejeros designados para su ratificación por el Senado, se elegirán por pares alternadamente cada tres años. Estos deberán ser ratificados por los cuatro séptimos de los senadores en ejercicio. Para tal efecto el Presidente hará una propuesta que comprenderá dos consejeros. El Senado deberá pronunciarse respecto de la propuesta como una unidad.

Artículo 63°: Los integrantes del Consejo percibirán una dieta de cargo fiscal en pesos equivalente a 17 unidades tributarias mensuales por cada sesión a que asistan, con un máximo de 51 unidades tributarias mensuales por cada mes calendario.

Artículo 64°: Los consejeros designados con ratificación del Senado serán inamovibles. En caso que cesare alguno de ellos por cualquier causa, procederá la designación de un nuevo consejero, mediante una proposición unipersonal del Presidente de la República, sujeta al mismo procedimiento dispuesto en el artículo anterior, por el periodo que restare.

Artículo 65°: Serán causales de cesación de los consejeros ratificados por el Senado, las siguientes:

- e) Expiración del plazo por el que fue nombrado.
- f) Renuncia aceptada por el Presidente de la República.
- g) Sobreviniencia de alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad. El consejero que adquiera una calidad que lo inhabilite para desempeñar la función, cesará automáticamente en ella.
- h) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Será falta grave la inasistencia injustificada a tres sesiones consecutivas, sin perjuicio de otras, así calificadas por el Senado, por los cuatro séptimos de sus miembros en ejercicio, a proposición del Presidente de la República.

El desempeño de labores de consejero será incompatible con el ejercicio de cargos directivos unipersonales en los órganos de dirección de los partidos políticos.

Artículo 66°: Los miembros del Consejo, no podrán ser gerentes, administradores o directores de una Administradora de Fondos de Pensiones, de una Compañía de Seguros de Vida, ni de alguna de las entidades del grupo empresarial al que aquéllas pertenezcan, mientras ejerzan su cargo en el Consejo.

Subsecretaría de Previsión Social

Artículo 67°: El Consejo tomará sus decisiones por la mayoría de sus miembros y en caso de empate resolverá su Presidente. El quórum mínimo para sesionar será de tres miembros con derecho a voto.

Artículo 68°: Un reglamento, expedido por intermedio del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito también por el Ministro de Hacienda y el Ministro de Salud, establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas.

Párrafo Undécimo

De la Fiscalización y Sanciones

Artículo 69°.- La supervigilancia, control, y la fiscalización del Seguro y del Fondo corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social. Asimismo, le corresponderá la supervigilancia y fiscalización de la Sociedad Administradora. Para estos efectos, la Superintendencia estará investida de las mismas facultades que su normativa legal y reglamentaria otorga la ley a la Superintendencia de Pensiones respecto de los organismos sometidos a su fiscalización.

En el ejercicio de estas facultades, la Superintendencia podrá dictar normas e instrucciones que serán obligatorias para todas las instituciones o entidades que participen en la administración del Seguro o del otorgamiento y pago de sus beneficios.

En caso de incumplimiento de sus obligaciones por parte de la Sociedad Administradora, la Superintendencia podrá imponer a ésta las sanciones establecidas en los numerales 1 y 2 del artículo 17 del D.F.L. N° 101 de 1980, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que Establece el Estatuto Orgánico de la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, su organización y atribuciones, sin perjuicio de los establecido en a los artículos siguientes.

El procedimiento para establecer la concurrencia de las infracciones será aquél establecido en la Ley N° 19.880, que establece bases de los procedimientos

Subsecretaría de Previsión Social

administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, en particular lo dispuesto en su Capítulo II.

De la resolución de la Superintendencia que imponga las sanciones respectivas, se podrá recurrir a la Corte de Apelaciones que corresponda, recuso que deberá interponerse dentro de los 15 días siguientes a la notificación de la sanción.

La Corte de Apelaciones correspondiente, conocerá del recurso en cuenta, requiriendo el previo informe del Superintendente, el que deberá ser evacuado dentro del plazo que fije la Corte. Si vencido dicho plazo no hubiere sido evacuado, la Corte podrá resolver sin más trámite la reclamación.

Artículo 70°.- Se considerará infracción grave de la Sociedad Administradora a las disposiciones de esta ley:

- a)** La aplicación de sanciones administrativas reiteradas por parte de la Superintendencia. Se entenderán reiteradas cuando se apliquen diez o más sanciones, que se encuentren ejecutoriadas, durante el respectivo año calendario.
- b)** La rebeldía para cumplir las normas y órdenes legalmente impartidas por la Superintendencia, que pongan en riesgo el otorgamiento de las prestaciones establecidas en el Seguro.
- c)** Deficiencias graves en los controles internos relativos a la gestión del Seguro y su Fondo, que pongan en riesgo su solvencia y el otorgamiento de las prestaciones.
- d)** Violación de las normas sobre conflictos de interés, operaciones con personas relacionadas o el giro exclusivo de la Sociedad Administradora.
- e)** Constatación de que los Estados Financieros de la Sociedad Administradora o del Fondo no representan su real situación financiera.
- f)** No completar dentro del plazo de seis meses el capital mínimo exigido, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36.

Subsecretaría de Previsión Social

g) No asegurar la continuidad de la prestación del servicio de administración en condiciones de absoluta normalidad y en forma ininterrumpida, según lo prescrito por el artículo 33.

h) Las demás establecidas en las Bases de Licitación o en el contrato de administración del Seguro.

Estas infracciones serán sancionadas con el cese de la administración ordinaria de la Sociedad, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 39.

Artículo 71°.- La constitución de sociedades u organismos filiales o relacionados con la Sociedad Administradora, deberá ser autorizada por la Superintendencia. Las sociedades u organismos filiales o relacionados estarán sometidos a la fiscalización y supervigilancia de la Superintendencia, sin perjuicio de las facultades que correspondan a otros organismos.

Artículo 72°.- Todo aquel que con el objeto de percibir beneficios indebidos del Seguro, para sí o para terceros, proporcione, declare o entregue a sabiendas datos o antecedentes falsos, incompletos o erróneos, será sancionado con las penas establecidas en el artículo 467 del Código Penal.

Sin perjuicio de las penas aplicadas en conformidad al inciso precedente, el infractor deberá restituir al Fondo, las sumas indebidamente percibidas, reajustadas en conformidad a la variación que experimente el índice de precios al consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el mes anterior a aquél en que se percibieron dichas sumas y el que antecede a la restitución. Las cantidades así reajustadas devengarán además el interés penal mensual establecido en el artículo 53 del Código Tributario.

La responsabilidad de realizar las gestiones necesarias para la restitución de las sumas indebidamente percibidas corresponderá a la Sociedad Administradora.

Sin perjuicio de lo anterior, le corresponderá a la Sociedad Administradora resolver, a petición expresa de cada interesado, el otorgamiento de facilidades para la restitución y pago de las sumas que hayan percibido por concepto de prestaciones del Seguro erróneamente concedidas.

Subsecretaría de Previsión Social

Un reglamento elaborado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social establecerá las modalidades y criterios generales a que deberá someterse la Sociedad Administradora en el ejercicio de estas facultades.

Artículo 73°.- Ninguna persona natural o jurídica que no se hubiere constituido conforme a las disposiciones de esta ley como Sociedad Administradora del Seguro, podrá arrogarse la calidad de tal o hacer uso de documentos que contengan nombres u otras palabras que sugieran que los negocios a que se dedican dichas personas son los de la Sociedad Administradora.

Las infracciones al inciso anterior se sancionarán con las penas de presidio menor en su grado mínimo a presidio menor en su grado medio. En todo caso, si a consecuencia de estas actividades ilegales, el público sufre perjuicio de cualquier naturaleza, los responsables serán castigados con las penas establecidas en el artículo 467 del Código Penal.

Cuando a juicio de la Superintendencia pueda presumirse que existe una infracción a lo dispuesto en este artículo, ella tendrá respecto de los presuntos infractores las mismas facultades que su ley orgánica le confiere para con sus instituciones fiscalizadas.

Artículo 74°.- Las personas o establecimientos que otorguen cuidados de dependencia que reiteradamente proporcionen, declaren o entreguen a sabiendas información falsa, inexacta, incompleta o errónea, para efecto de recibir los pagos del Seguro de manera indebida, serán sancionados por la Superintendencia con multa a beneficio fiscal hasta por un monto no superior a 15.000 unidades de fomento en su equivalente en moneda nacional o hasta por el 30% del valor total de las operaciones irregulares o de los actos o contratos que hayan sido ejecutados en infracción de ley, de reglamentos o de instrucciones de la Superintendencia.

La reiteración de la conducta precedente dentro de un año calendario de la comisión de la primera infracción, se sancionará con el duplo de la multa establecida de acuerdo al inciso precedente.

Sin perjuicio de las penas aplicadas en conformidad a los incisos precedentes, se deberá restituir al Fondo, las sumas indebidamente percibidas, reajustadas en conformidad a la variación que experimente el índice de precios al consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo



Subsecretaría de Previsión Social

reemplace, entre el mes anterior a aquél en que se percibieron dichas sumas y el que antecede a la restitución. Las cantidades así reajustadas devengarán además el interés penal mensual establecido en el artículo 53 del Código Tributario.

7 REFERENCIAS

- Arenas et al. (2008). "La Reforma Previsional Chilena: Proyecciones Fiscales 2009-2025", Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda
- Arenas et al. (2009). "Proyecciones Fiscales del Antiguo Sistema de Pensiones: Bono de Reconocimiento y Déficit Operacional 2010 – 2050", Estudios de Finanzas Públicas de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda.
- Arriagada Irma, 2010. "La Crisis de Cuidado en Chile", Proyecto Centro de Estudios de la Mujer CEM-Chile e INSTRAW "Construyendo redes Mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado"
- Bárcena A, Prado A, Jaspers_Faijer D, Pérez R. Envejecimiento poblacional. CEPAL, América Latina y el Caribe. Observatorio demográfico. 2011 Octubre; 12. Disponible en: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/46772/OD12_WEB.pdf [consultado el 09 Junio de 2013].
- CIEDESS. Diseño de un Seguro Social de Protección a la Dependencia para Chile. Propuesta de Estudio Santiago. Primera edición. 26 de Abril de 2012.
- Cid Pedraza C, Prieto Toledo L. "El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile, 1997 y 2007". Revista Panamericana de Salud Pública. 2012; 31(4)310-16.
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas/> [consultado el 13 Abril de 2013].
- Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [internet]. Chile. Disponible SENAMA, 2009. Disponible en: <http://www.adoptaunhermano.cl/biblioteca-archivos/estudiodependencia.pdf> [consultado el 09 de Junio 2013].
- FONASA [internet]. Cobranza Copago AUGE. Disponible en: <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/internet/superior/preguntas+frecuentes/cobranza+copago+auge/cobranza+copago+auge> [consultado el 09 de Junio 2013].
- INE [internet]. CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País 1950-2050. Chile. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf [consultado el 09 Abril de 2013].
- Lafortune et al. (2007). "Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications", Organisation for Economic Co-operation and Development.

Subsecretaría de Previsión Social

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2004). "Libro Blanco: Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España.
- Ministerio de Desarrollo Social [internet]. Encuesta CASEN 2011. Chile. Disponible en: www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/ [consultado el 11 Abril de 2013].
- OECD, Long-term Care for Older People, 2005. Preston S.; Heuveline P., Guillot M. Demography, Measuring and Modeling Population Processes. Blackwell Publishing, 2005.
- OECD (2011). "Health at a Glance 2011: OECD Indicators", OECD Publishing.
- OECD (2013). "Public spending on health and long-term care: a new set of projections", OECD Economic Policy Papers.
- OECD (2013). "Health at a Glance 2013: OECD Indicators", OECD Publishing.
- Olivares, P. (2006). "Impacto del Envejecimiento en el Gasto en Salud: Chile 2002-2020", Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud.
- Rodríguez MI. Envejecimiento y Gasto en Salud. FONASA. Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/2/37482/M_Isabel_Rodriguez.pdf [consultado el 09 Junio de 2013].
- SENADIS [internet]. Chile. Disponible en: <http://www.senadis.gob.cl/> [consultado el 16 de Junio 2013].
- SENAMA-Ministerio de Desarrollo Social. Política Integral de Envejecimiento Positivo [internet]. Chile. Disponible en: www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf. [consultado el 09 Abril de 2013].
- Superintendencia de Salud [internet]. Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas. Chile. Disponible en: www.supersalud.gov.cl [consultado el 11 de Junio 2013].
- Superintendencia de Salud Chile. "Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020". Departamento de Estudios y Desarrollo de la, julio de 2006
- Swartz Katherine; Miake Naoko; Farag Nadine. "Long-Term Care: Common Issues and Unknowns". Journal of Policy Analysis and Management ; Published on behalf of the Association for Public Policy Analysis and Management. 2011
- WHO, World Health Organization. Envejecimiento. Ginebra: ©WHO 2013. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/> [consultado el 09 Junio de 2013].
- World Health Organization (2007). "Financing long-term care programmes in health systems: With a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries", Department "Health System Financing" (HSF)