



Panorama de la Seguridad Social

Verano 2007 - 2008

N • 3

// **Panorama de la Seguridad Social N° 3**, Edición especial Verano 2007-2008. Es una publicación trimestral, editada por la Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social, CIEDESS, integrante de la Red Social Cámara Chilena de la Construcción, cuyo fin es promover el conocimiento de la seguridad social y difundir los temas relacionados con ella.

Director Responsable: Nicolás Starck Aguilera
Editor: David Ceballos Correa
Equipo de Investigación: Pedro Arteaga Jacobo, David Ceballos Correa, Cristián Marcó Echeverría, Nicolás Starck Aguilera y Gabriela Zurita Urrea.

Comité Editorial: Juan Pablo Grez, Patricio Merino, Luis Felipe Prats y Eusebio Pérez.

ISSN: 0718 4697

San Ignacio N° 50, piso 2
Fono: (56-2) 672 58 81, (56-2) 698 72 41
Sitio Web: www.ciedess.cl
Correo electrónico: secretaria@ciedess.cl

// Editorial

En los últimos años la investigación en ciencias sociales apunta con especial interés hacia las dinámicas y problemáticas del **Adulto Mayor**, en particular por su implicancia en el envejecimiento poblacional, sus consecuencias sociales, económicas y, también, por su relevancia en la discusión y diseño de políticas públicas.

En términos de seguridad social existen diversas áreas de interés, tales como pensiones, salud, vivienda y servicios sociales. En primer lugar, existe preocupación para que los trabajadores puedan obtener una pensión adecuada que les permita diseñar sus propios proyectos de vida, la que se obtiene fundamentalmente por el ahorro previo en las cuentas individuales más un aporte del Estado para los sectores más vulnerables. En el ámbito de salud los requerimientos de atención curativa y paliativa son mayores a las de otros grupos etarios, por lo que es necesario construir mecanismos específicos que comprendan la diversidad y complejidad en la que viven. En términos de vivienda, el 80% de quienes constituyen este grupo son propietarios, sin deuda, aspecto que puede significar una oportunidad para introducir mecanismos que permitan licuar un activo y así complementar sus pensiones u otro proyecto que requiera recursos. Para finalizar, también es interesante analizar la actual oferta de servicios sociales, la cual se ha desarrollado de manera importante durante los últimos años, en especial por la incorporación de este grupo al sistema de Cajas de Compensación, los que han mostrado una activa participación en los servicios complementarios y de esparcimiento entregados.

En definitiva, en este tercer número de Panorama de la Seguridad Social, CIEDESS pretende realizar un aporte a la discusión del sector, con especial énfasis a la situación de la seguridad social de los adultos mayores, por ser un grupo que en el futuro será cada vez de mayor importancia y de participación en la toma de decisiones.

CIEDESS
Verano 2007 - 2008

Índice

Editorial 1

La seguridad social del adulto mayor en Chile 2

CIEDESS

El SENAMA y las políticas públicas para el adulto mayor 13

Tania Mora Biere y
Paula González
SENAMA

Adultos mayores e ISAPRE: amenazas y oportunidades 15

Rafael Caviedes Duprá

Experiencia INGER: Realidades y lecciones 17

Juana Silva Opazo
Directora del Instituto Nacional de Geriátría

Siete claves del envejecimiento 19

Pedro Paulo Marín Larraín
Doctor, Jefe Programa de Geriátría y Gerontología, Departamento de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Servicios sociales de las CCAF 21

Antonio Castilla Pérez
Presidente Asociación Gremial de Cajas de Compensación de Asignación Familiar

Programas al adulto mayor 22

Javier Fuenzalida
Superintendente de Seguridad Social

Datos y estadísticas de la seguridad social 23

Noticias 26

Agenda legislativa 26

La seguridad social del adulto mayor en Chile

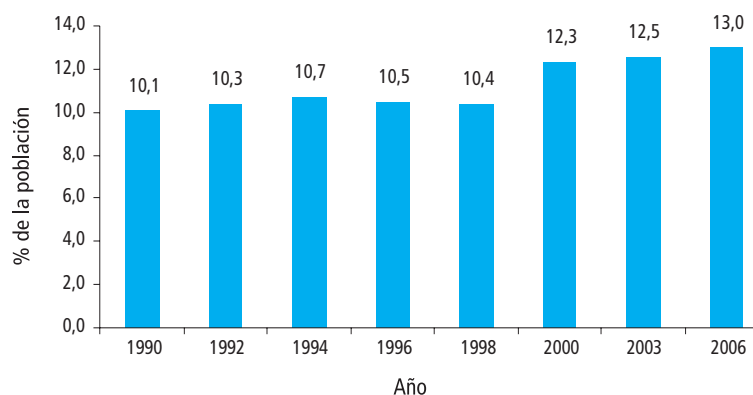
Equipo de investigación CIEDESS

Diversos ejercicios de proyecciones demográficas indican un crecimiento de la población adulta mayor, lo que da cuenta del proceso de envejecimiento de los países. En Chile, la reciente publicación de la Encuesta CASEN revela que para el año 2006 la población de adultos mayores ya constituye un 13% de los habitantes del país, con una cifra superior a dos millones de personas¹. Tal como lo expone el Gráfico N° 1, dicha participación muestra un crecimiento progresivo, de especial acentuación en los últimos años, mientras que para el 2020 se estima que la tercera edad significará un 20% de la población (CELADE).

Al interior de este grupo conviven diversas dinámicas sociales y económicas que impactan a la seguridad social y a las políticas públicas vinculadas a la protección social, aspectos que son relevantes de identificar y estudiar. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de este grupo de la población en cuanto a género y nivel de capital humano, entre otros aspectos? A su vez, ¿cuáles son las realidades y desafíos en el ámbito de pensiones, salud, vivienda y servicios sociales? Tales temas pretenden ser estudiados en el presente artículo.

Gráfico N° 1

Crecimiento de los adultos mayores en Chile
Evolución 1990-2006



Fuente: Elaboración CIEDESS con datos de Encuesta CASEN años 1990-2006.

1. Situación sociodemográfica

A nivel país, el número de mujeres es mayor al de hombres, brecha que se profundiza en el grupo de adultos mayores, en forma significativa y persistente en el tiempo. La Encuesta CASEN 2006 indica que las mujeres constituyen el 56% de los

adultos mayores, ampliando progresivamente su participación en dicho segmento. Una posible explicación de este patrón se puede asociar al rol de cada género en la sociedad, los que hoy evolucionan hacia una progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, con un mayor acceso a la educación y una alta parti-

1. Según datos del Censo, en el año 2002 existen 1,7 millones de personas con 60 o más años, lo que equivale a un 11,4% de la población nacional.

cipación en todo tipo de toma de decisiones. Esto implica retos para los diversos ámbitos de la seguridad social, como el relativo al ingreso autónomo percibido por mujeres, los cuidados de la salud, las condiciones de vivienda en hogares uni o pluripersonales y el acceso a servicios sociales relacionados a la entretención, educación y vida activa.

En cuanto al nivel de capital humano, un 13% de los adultos mayores aún no sabe leer o escribir, porcentaje que es tres veces mayor al del nivel nacional. La escolaridad media de los adultos mayores es de 6,5 años, mientras que el promedio del país es de 10 años. Además, el 34% tiene enseñanza básica incompleta, un 20% básica completa y otro 20% ha completado la educación media². Una condición de bajo nivel de capital humano implica una menor preparación ante las necesidades de seguridad social, como también menores exigencias para con los beneficios y obligaciones del sistema, principalmente por la baja información sobre estas alternativas. En el futuro esta situación se modificará, en especial por la mayor cobertura alcanzada en los distintos niveles educacionales. Al respecto es preciso indicar la existencia de siete programas orientados a corregir tal situación, tal como las iniciativas del MINEDUC, a través del programa de "Educación para Adultos"³, "Contigo Aprendo"⁴, "Enlaces Comunidad"⁵; los del Instituto de Normalización Previsional (INP), tales como el Programa "Del lápiz a las teclas"⁶, "Lo que quiero Decir"⁷ y "Rompiendo Mitos"⁸, y el programa del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), "Alfabetización Digital"⁹.

Por último, este grupo muestra los niveles más bajos de pobreza de la población nacional, donde para el año 2006 sólo un 1,3% está en situación de indigencia (a diferencia del 3,2% nacional) y un 6,2% son pobres no indigentes (versus el 10,5% a nivel país). Esto es un resultado positivo para los adultos mayores, aún más si consideramos que las tasas de pobreza por tramo de edad son mayores al 20% para los grupos más jóvenes (menores de 18 años)¹⁰. Sin duda, el "efecto pensión" es el que influye en estas bajas tasas de pobreza, aspecto que será estudiado en la siguiente sección, aunque es un resultado que se replica en la experiencia de otros países, tal como en Estados Unidos, donde en el año 1960 un 35% de la población adulta mayor estaba en situación de pobreza (el doble del nivel nacional), mientras que en el año 1995 dicha tasa cae hasta un 10%, muy por debajo del nivel nacional (ENGELHARDT 2004)¹¹.

Ya vistos algunos antecedentes sobre el estado de los adultos mayores respecto a algunas características sociodemográficas

de interés, en donde descubrimos una mayor participación por parte de mujeres, bajos niveles de educación y bajos niveles de pobreza, entre otros, en adelante es preciso concentrar la atención sobre la seguridad social. ¿Cuál es el nivel de ingresos percibidos por pensiones?, ¿existen otras formas de generación de ingresos?, ¿Cuáles son las principales complicaciones en salud de los adultos mayores y qué cobertura tienen al respecto?, ¿Cuántos viven en viviendas que les son propias y en qué situación viven?, ¿Cuál es la oferta de servicios sociales para adultos mayores?. Estas interrogantes serán despejadas en las siguientes secciones.

2. Áreas de Seguridad Social

2.1. Pensiones

La reforma al sistema de pensiones, iniciada en el año 1982, tuvo por objeto reestructurar el esquema de financiamiento, la administración de recursos y la forma de determinación de beneficios, lo que resultó en la obligatoriedad de realizar aportes en una cuenta de ahorro individual, cuyos fondos son administrados por instituciones privadas que buscan rentabilidad en el mercado financiero para aumentar el saldo en ahorros previsionales y, por tanto, aumentar el valor de la pensión. Como está indicado en diversos estudios, este diseño de sistema está constituyendo el eje central de diversas reformas en otros países del mundo que buscan la eficiencia de sus recursos destinados a otorgar una protección financiera ante la vejez.

Por esta razón, es decir, por la existencia de un mecanismo de seguro ante la vejez, una parte significativa de los ingresos que perciben los adultos mayores proviene de la pensión de vejez. En la actualidad, nuestro país aún vive una situación mixta entre pensionados que perciben beneficios del antiguo sistema (de reparto o público) y otros que perciben beneficios del actual (de capitalización individual o privado). Según datos de la encuesta CASEN 2006, en tal año el ingreso de los adultos mayores por concepto de pensiones de vejez es de \$150.861 mensuales¹². Según datos manejados por CIEDESS¹³, dicha cifra alcanza los \$126.024 mensuales a diciembre de 2006, donde el valor promedio de la pensión entregada por el antiguo sistema es de \$123.063, mientras que en el nuevo este valor es ligeramente superior, alcanzando los \$128.985 mensuales. En la Sección Datos y Estadísticas, de la presente edición de Panorama de la Seguridad Social, se muestra la tendencia en el valor real de las pensiones

2. En este ámbito destaca el alto porcentaje de adultos mayores que declaran no tener educación formal, que alcanza al 11% de ellos.

3. Cuyo fin es otorgar alternativas para completar estudios de educación básica, media y superior.

4. Cuyo fin es otorgar alfabetización y otorgar certificación de 4o básico cursado.

5. Cuyo fin consiste en otorgar cursos de computación a través de la educación formal.

6. El que entrega talleres de lectoescritura, estimulando la escritura y la lectura, además de ofrecer talleres de computación.

7. El que es un programa de estímulo y desarrollo de habilidades comunicacionales.

8. Taller de estímulo y motivación general para una vejez activa.

9. El que consiste en clases de computación.

10. MIDEPLAN (2006) La situación de la pobreza en Chile. En Serie Análisis de Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2006) N° 1, Ministerio de Planificación, Santiago de Chile, junio de 2007. Pág. 11.

11. En tal estudio se encuentra una relación negativa entre beneficios de la seguridad social y niveles de pobreza de la población adulta, donde el impacto de un aumento en el nivel de beneficios es aún más pronunciado para reducir los niveles de pobreza absoluta antes que los niveles de pobreza relativa.

12. De los adultos mayores que perciben rentas vitalicias, el valor promedio de este beneficio es de \$196.750, según datos de la Encuesta CASEN 2006.

13. Estudiar si en anexo van valor promedio de la pensión, número de pensiones pagadas y gasto total de pensiones para ambos sistemas y total.

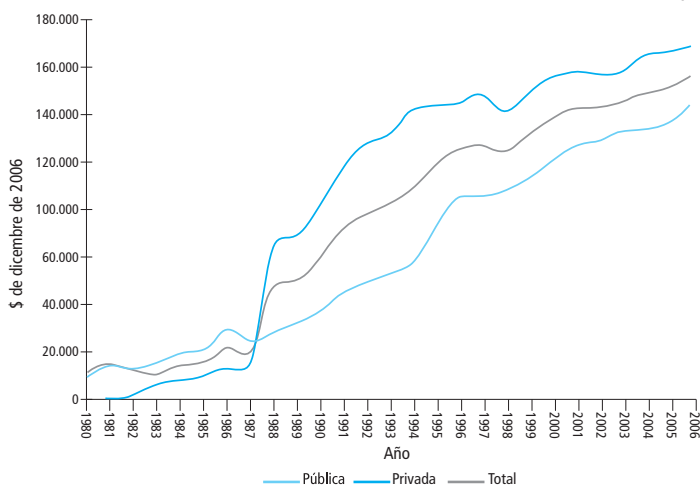
para el período 1980-2006, donde el valor de las pensiones entregadas por el sistema AFP tiende a ser mayor a la del sistema estatal. Esta diferencia es más pronunciada en las pensiones del tipo de vejez y sobrevivencia, donde la brecha es persistente en el tiempo, tal como la muestra el lado (a) del Gráfico N°2.

Respecto al número de pensiones también existen algunas diferencias relevantes. Al año 2006, existen registros de 1,3 millones de pensionados, con 748.000 a cargo del INP y 606.000 a cargo de las AFP. Al estudiar sólo las pensiones de vejez, tal como lo muestra el lado (b) del Gráfico N°2, encontramos que éstas totalizan cerca de 735.000 beneficiarios, donde recién el año 2004 el número de pensiones que entregó el sistema privado supera al otorgado por el sector público, situación que en el futuro continuará, es decir, persistirá la ampliación de la brecha entre ambos

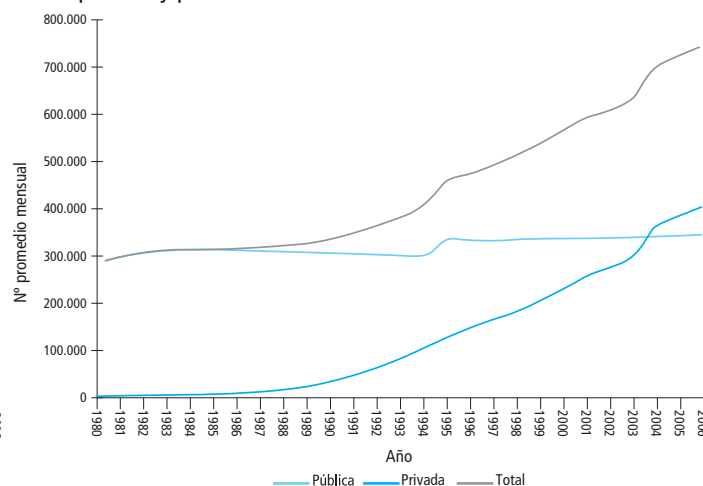
sistemas a favor del nuevo. En conclusión, por una parte el valor de las pensiones entregadas por el sistema de AFP, es en promedio, mayor a los beneficios entregados hoy por el sector público, ya sea considerando aquellas que causan por vejez, invalidez o sobrevivencia, donde para el caso de las pensiones por vejez la brecha en los montos de los beneficios se amplía. Por otro lado, la participación del sistema privado en la entrega de beneficios del sistema es creciente, e incluso hoy mayor para el caso de beneficios entregados por causal de vejez. Esto podría augurar una saludable vida del sistema de pensiones en el futuro, donde tanto monto como número de beneficiarios son cada vez mayores, sobre todo si consideramos que un componente central de este sistema es el esquema de autofinanciamiento de la pensión y de la búsqueda de rentabilidad sobre los ahorros acumulados.

Gráfico N° 2

Valor y número de pensiones de vejez
Evolución 1980-2006, sistema público y privado



(a) Valor de la pensión de vejez



(b) Número de pensiones pagadas por vejez

Nota: El valor de la pensión de vejez está expresado en pesos de diciembre de 2006.

Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (SAFP).

No obstante su condición de pensionado, un importante número de adultos mayores continúa ejerciendo trabajos remunerados, alcanzando al 25% según datos extraídos de la Encuesta CAsEN 2006¹⁴. Además, un 22% de quienes están desocupados aceptaría un puesto de trabajo remunerado si demandaran sus servicios. Con estos antecedentes, es necesario conocer el lugar donde realizan sus actividades laborales, de lo cual se desprende que un 39% de los adultos mayores, insertos en el mercado laboral, ejercen su trabajo en una oficina, un 12% dentro de su vivienda, un 11% en su domicilio, un 10% en la vía pública (nacional es 7%) y un 15% en un predio agrícola (nacional es un 10%). Por tanto, si bien el trabajo en oficina es la situación predominante, existe una amplia diversidad en la distribución de los lugares más frecuentes de trabajo. Por supuesto, la consecuencia más relevante de esta situación es sobre las cotiza-

ciones a las distintas áreas de seguridad social (en especial para salud) y, por tanto, un menor acceso a beneficios y servicios de calidad si dichos pagos no son realizados.

En promedio, 48 horas son trabajadas por semana, lo que es similar al nivel nacional. Al estudiar la categoría ocupacional, un significativo 41% declara ser trabajador por cuenta propia, lo que duplica el nivel nacional de un 20%. Además, un 45% de los trabajadores son empleados dependientes, ya sea del sector privado o público, aunque con un alto predominio de relaciones contractuales en el primer sector. Por último, un 70% de los ocupados dependientes tiene contrato con su empleador (levemente menor al nivel nacional de un 80%) y un 30% de los adultos mayores ocupados dependientes están afiliados al seguro de cesantía (a nivel nacional es un 47%)¹⁵.

14. A nivel nacional esta cifra alcanza al 50% de la población.

15. A partir de aquí se desprender dos relaciones relevantes. La primera indica que al menos un 7,5% (el 30% -cotizantes del seguro de cesantía- del 25% -adultos mayores ocupados en trabajos) de los adultos mayores tiene contratos de trabajo relativamente nuevos (el seguro de cesantía inició sus marchas en Octubre del año 2002), lo que puede ser una señal de contratos de corta duración o a plazo fijo. En segundo lugar, un 7,5% de los adultos mayores están cubiertos por el seguro de cesantía, otro aspecto relevante de la seguridad social para trabajadores activos.

Un 35% de los adultos mayores trabajadores declaran estar afiliados al sistema de AFP y un 12% continúa realizando cotizaciones. Por otra parte, un 11% de los adultos mayores declaran cotizar para el antiguo sistema, mientras que a nivel nacional es sólo un 3%. Por supuesto, la principal razón de no cotizar en el sistema de AFP es que no se tiene la obligación de hacerlo (95% de las justificaciones). En la misma línea sobre el sistema de pensiones, la mayor parte de los adultos mayores independientes (el 31%) creen que financiarán su vejez con una pensión del INP, mientras que un 24% cree que lo hará a través de una pensión del sistema AFP y, por último, un 14% estima que lo hará a través de la Pensión Asistencial del Estado (PASIS).

Las remuneraciones promedios alcanzan los \$267.327 para adultos mayores dependientes, levemente mayor al promedio nacional. Por otra parte, los trabajadores adultos mayores que ejercen su actividad laboral como independientes perciben en promedio \$459.203, también levemente menor al nivel nacional. Estos resultados indican una buena situación para los adultos mayores que trabajan, lo que les permite complementar sus rentas provenientes de pensiones.

Para terminar, este grupo de la población recibe ingresos por subsidios monetarios desde el Estado por la suma de \$29.782 mensuales, lo que es más del doble del promedio a nivel país, el que toma un valor de \$12.640. Por su parte, los ingresos promedios autónomos de los adultos mayores (trabajos, rentas, utilidades, etc.) alcanzan la suma de \$271.063¹⁶. Por tanto, los ingresos totales ascienden a \$247.698 mensuales, en promedio, levemente menor al nivel país de \$294.154¹⁷.

En conclusión, los adultos mayores perciben ingresos principalmente de sus pensiones que, en promedio, varían entre \$80.000 y \$150.000, dependiendo del tipo de pensión y del sector que la entrega. La participación del sistema privado en la entrega de beneficios es creciente en los últimos años, e incluso mayor para el caso de las pensiones de vejez. Además, el monto de

los beneficios entregados por el sistema de AFP es mayor al del sector público. Por otra parte, existe un importante grupo de adultos mayores que ejerce una actividad laboral, participación que alcanza al 25% e incluso una cuarta parte de quienes están desocupados estaría interesado en tomar parte en una actividad remunerada. Los adultos mayores insertos en el mercado laboral realizan sus actividades en una oficina, con similar número de trabajadores dependientes y trabajadores por cuenta propia, donde las remuneraciones promedios de los primeros ascienden a \$267.327 y para los segundos es igual a \$ 459.203.

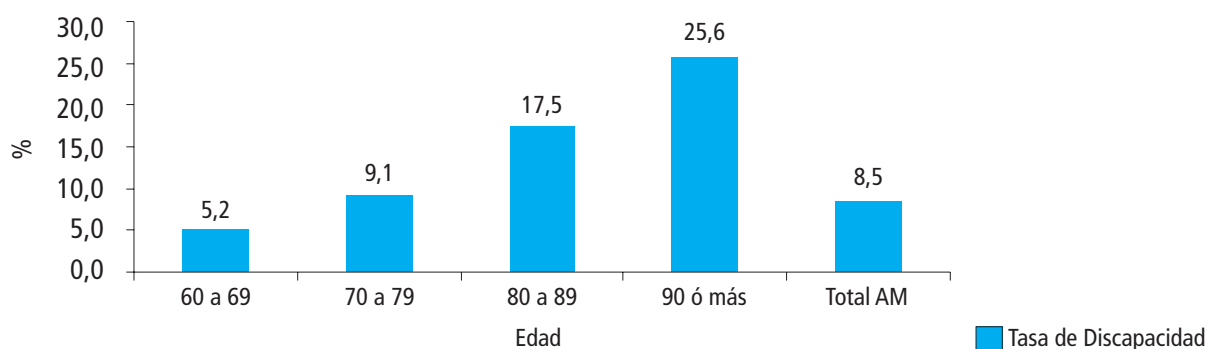
2. 2. Salud

Otro ámbito de preocupación de la seguridad social es la salud. Sin duda es un sector de complejo funcionamiento, ya sea al considerar la alta diversidad de problemáticas de salud, la alta incertidumbre respecto al estado futuro, los costos financieros de tratamientos o las asimetrías de información entre los actores del sistema. Sobre salud preventiva y curativa, en nuestro país existen dos sistemas, el primero es FONASA, de carácter público, y el segundo es ISAPRE, de administración privada. Según datos de la Encuesta CASEN del año 2006, un 86% de los adultos mayores está afiliado al sistema público, mientras que sólo un 6% cotiza en ISAPRE¹⁸. Esta característica de la cobertura puede estar explicada por dos razones principales: por una parte hay un factor de ingresos, el que limita el pago por un plan de cobertura mayor en el sistema privado y, por otra parte, este grupo debe enfrentar altos costos en cuidado y tratamiento en salud, al exponer mayores factores de riesgo respecto al resto de la población. Prueba de esto último es la alta tasa de discapacidad, la que es creciente con la edad, tal como lo muestra el Gráfico N° 3. Mientras los más jóvenes, y con una vida laboral activa, revelan índices muy bajos en discapacidad, desde los 60 años estas tasas comienzan a aumentar progresivamente hasta alcanzar un nivel máximo de un 25% de discapacidad para aquellos con 90 o más años de edad.

Gráfico N° 3

Tasa de discapacidad en adultos mayores

% del grupo, año 2002



Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de CENSO año 2002.

16. Versus los \$328.721 del promedio nacional.

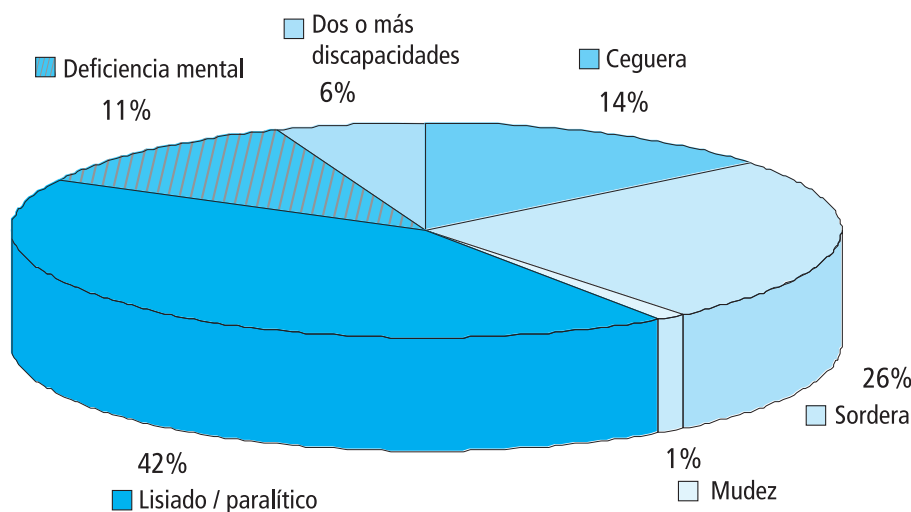
17. En tanto, el ingreso total del hogar al que pertenece el adulto mayor es de \$597.511 mensuales en promedio, versus los \$706.766 del nivel nacional.

18. El restante 8% no tiene previsión en salud.

El 43% de los adultos mayores discapacitados presenta un estado de lisiado o paralítico, seguido por disfuncionalidades tales como sordera (25% de quienes presentan discapacidades), ceguera (14%) y deficiencia mental (11%). Además, es interesante observar la baja prevalencia de múltiples discapacidades, lo que se observa en el Gráfico N° 4, donde sólo un 6% tiene más de dos discapacidades a la vez. Por otra parte, un 28% de los adultos mayores declara haber tenido algún problema de salud durante el último mes, lo que es muy superior al promedio na-

cional de un 16%. Respecto del estado nutricional de los adultos mayores, un 30% de ellos presenta deficiencias, siendo la más común la de sobrepeso (10% de los adultos mayores) y no tanto así el bajo peso (5%). Este último aspecto tiene consecuencias directas sobre la política pública, pues en la actualidad sólo existe el "Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor", a cargo del Ministerio de Salud, cuyo fin es prevenir la situación de desnutrición, y no los problemas de sobrepeso, por lo que se requiere de un reordenamiento de dicha política.

Gráfico N° 4
Distribución de discapacidades presentes en el adulto mayor



Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de CENSO año 2002.

El conocer las principales carencias de los adultos mayores en salud es condición necesaria para que las políticas orientadas hacia el sector sean efectivas y adecuadas a las necesidades de seguridad social. En el año 2005 se inicia el proceso de reforma al sistema de salud con el llamado Plan AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas), el cual tiene como fin establecer una cobertura mínima a la población, en distintas prestaciones que hasta hoy suman 56 patologías¹⁹. Cada una de ellas considera cuatro aspectos de garantía: i) acceso (identifica al grupo beneficiario); ii) calidad (determinado por la Red de Prestadores GES de la ISAPRE o de FONASA); iii) plazo (tiempos máximos de diagnóstico, tratamiento y control); y iv) protección financiera (los

beneficiarios realizan un copago máximo, equivalente a un 20% del arancel de referencia)²⁰. En el Cuadro N° 1 están listadas las siete patologías especialmente orientadas para el adulto mayor y consideradas en el Plan AUGE, donde destaca la atención de salud oral, ante problemáticas visuales, auditivas y óseas. De las restantes 50 patologías cubiertas por el AUGE, el adulto mayor podría acceder a diagnóstico, tratamiento y seguimiento para el 60% de ellas, ya sea porque considera una cobertura universal²¹ o es dirigida a mayores de 15 años²². Entre estas últimas patologías se consideran problemas tradicionales tales como la diabetes y los diversos tipos de cáncer.

19. Incluso se plantea que al año 2010 el número de patologías cubiertas por el Plan AUGE alcanzaría las 80 (ver FONASA 2007, pág. 51)

20. Para mayores antecedentes, ver Decreto N° 44 de 2007, Ministerio de Salud, 1° de Julio de 2007, Santiago de Chile.

21. Las patologías con GES cuya cobertura es universal son: i) Insuficiencia renal crónica; ii) Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos; iii) Diabetes mellitus tipo 1; iv) Diabetes mellitus tipo 2; v) Tratamiento quirúrgico de cataratas; vi) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida VIH/SIDA; vii) Cáncer gástrico; viii) Retinopatía diabética; ix) Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático; x) Hemofilia; xi) Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas; xii) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio; xiii) Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales; xiv) Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar; xv) Urgencia odontológica ambulatoria; xvi) Politraumatizado grave; xvii) Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico moderado o grave; xviii) Trauma ocular grave; xix) Fibrosis quística; xx) Artritis reumatoide; xxi) Gran Quemado.

22. Las patologías con GES cuya cobertura es para personas mayores de 15 años son: i) Cáncer de mama; ii) Cáncer de testículo; iii) Linfomas; iv) Hipertensión arterial primaria o esencial; v) Trastornos de generación del impulso y conducción en personas que requieren marcapasos; vi) Cáncer de próstata; vii) Depresión; viii) Accidente cerebrovascular isquémico; ix) Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central; y, x) Leucemia Aguda y Leucemia Crónica.

Cuadro N° 1
Beneficios del Plan AUGE para adultos mayores

Patología	Grupo beneficiario	Descripción
Endoprótesis	65 años y más	Endoprótesis total de cadera en personas con artrosis de cadera y con limitación funcional severa
Neumonía	65 años y más	Neumonía adquirida en la comunidad y de manejo ambulatorio
Problemas de visión	65 años y más	Vicios de refracción
Ortesis	65 años y más	Ortesis (o ayudas técnicas)
Artrosis	55 años y más	Tratamiento médico en personas con artrosis de cadera y rodillas, leve o moderada
Salud oral	60 años y más	Salud oral integral del adulto
Problemas auditivos	65 años y más	Hipoacusia bilateral en personas que requieren uso de audífono

Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con base en Decreto Supremo 44-2007, del Ministerio de Salud.

Además, desde la implementación del Plan Auge opera la cobertura para el examen de medicina preventiva, el que consiste en un control médico de carácter periódico para identificar en forma prematura, como también para prevenir, posibles disfunciones asociadas al tabaquismo, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sífilis y tuberculosis, como estudio mínimo. Igualmente, quienes pertenecen a la tercera edad responden un cuestionario con el fin de realizarse una Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), a partir de cual se identifican necesidades específicas de tratamiento y cuidado. Por último, desde el sector público existe el Programa de Salud del Adulto Mayor, impulsado desde FONASA, el que presta una serie de beneficios y servicios especialmente orientados a la atención, ya sea en diagnóstico o tratamiento, para este grupo de la población.

¿Cuál es la magnitud del gasto en salud del adulto mayor?. En SSALUD (2007) son expuestas algunas aproximaciones. En primer lugar, el gasto total en salud del adulto mayor, para el año 2002, es de MM\$ 500.000²³ (un 1% del PIB) y equivalente al 17% del gasto total en salud. De las causales de desembolso, el principal componente de gasto lo constituye el hospitalario, con el 50%, seguido de ambulatorio (32,6%), medicamentos (11,7%) y cuidados de largo plazo (5%). La proyección indica que en el futuro estos gastos aumentarán en forma significativa, tanto en términos absolutos como relativos, donde el modelo creado indica que para el año 2010 dicho gasto se duplicaría, alcanzado los MM\$ 901.994, mientras que para el 2015 tal cifra se empuja

a los MM\$ 1.329.881 y en el 2020 a MM\$ 1.998.698. Para este último año el gasto en hospitalización significaría una participación equivalente a un 2% del PIB.

En conclusión, la salud es uno de los ámbitos más relevantes, junto a pensiones, de la seguridad social del adulto mayor. Es un hecho regular el que la salud se deteriore al paso del tiempo; prueba de ello es que uno de cada tres adultos mayores indica asistir con frecuencia a una consulta médica; igual número de adultos mayores revela presentar algún problema nutricional, en especial de sobrepeso; además, un 8,5% de este grupo presenta algún tipo de discapacidad, donde la principal es sordera, seguida de ceguera y deficiencia mental. La cobertura previsional en salud para el adulto mayor es en un 86% realizada a través de FONASA, mientras que sólo un 6% del grupo la recibe a través de una ISAPRE. La introducción del Plan AUGE significó otorgar un conjunto de beneficios específicos para el adulto mayor, por ejemplo estableciendo plazos máximos de atención, indicando una red de prestadores especializados para el cuidado de estas patologías y, por último, otorgando protección financiera frente a los gastos que significa el padecimiento de tal enfermedad. El proceso de envejecimiento y la mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores permiten, ambos, proyectar que a futuro el gasto total de este sector incrementará en forma significativa, lo que es de especial atención tanto para la carga financiera de las personas como para la del sector público.

23. 0 mil millones de dólares.

2. 3. Vivienda

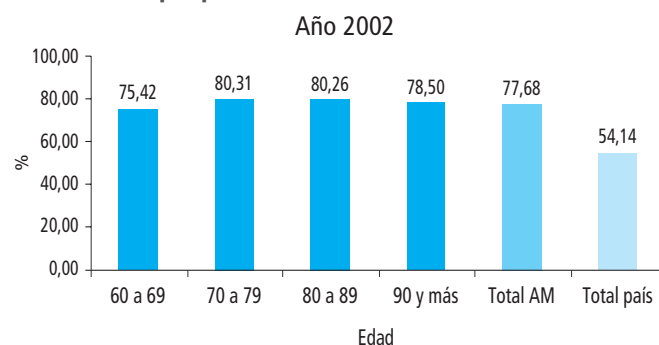
Este ámbito de la seguridad social muestra buenos resultados para el adulto mayor. En primer lugar nos encontramos con que un 78% de la población mayor de 60 años cuenta con una vivienda propia y sin deuda, lo que es ampliamente superior al promedio nacional donde esta tasa de cobertura cae a un 54%, tal como lo muestra el Gráfico N° 5. Por otra parte, es interesante el notar la densidad de habitantes con quienes comparte la vivienda el adulto mayor, donde un 10% de ellos vive sólo, un 27% con una persona más, un 22% con dos más, un 16% con tres más y un 11% con cuatro más; estos resultados indican que cerca de la mitad de la población adulta mayor constituyen hogares de dos o tres personas.

Para adquirir una vivienda es posible realizar una combinación de tres pilares fundamentales en el sistema de financiamiento chileno: i) ahorro; ii) subsidio; y iii) crédito. Según datos de la Encuesta CASEN 2006, un 69% de los adultos mayores con propiedad no recibió aportes estatales para comprar su vivienda y un 66% no utilizó crédito hipotecario alguno, ambas cifras mayores al nivel nacional. Además, el 80% de los propietarios que acudió a un crédito hipotecario ya terminó de pagar su deuda (y el nivel nacional es de 55%), lo que es consistente con la estructura de

financiamiento del crédito hipotecario, el cual es un préstamo de largo plazo, que rara vez induce a herencia. Estos antecedentes son favorables para este grupo de la población ya que les permite obtener un activo de alta valoración, tanto personal como en el mercado financiero, activo que puede permitir complementar los ingresos de pensiones y remuneraciones, tal como lo plantea la propuesta de Hipoteca Revertida.

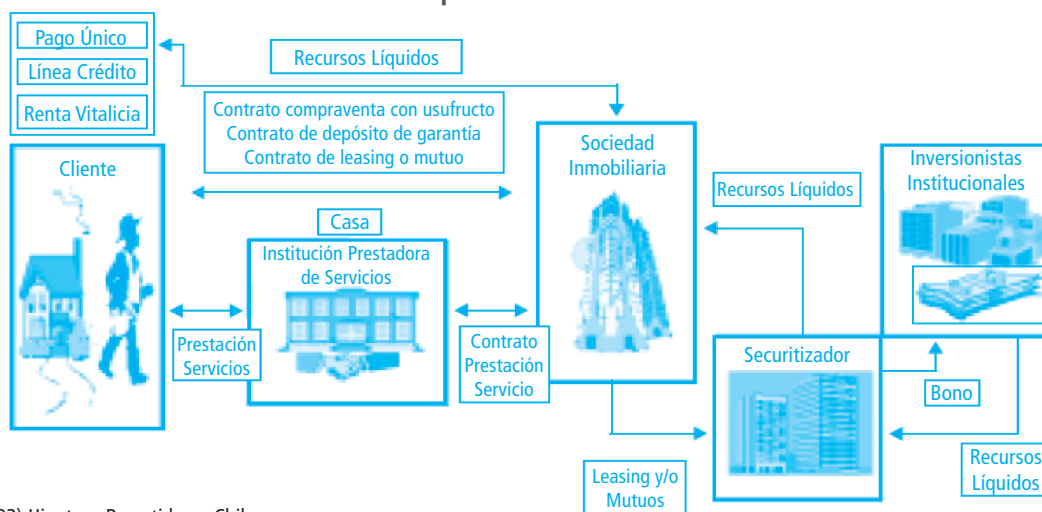
Gráfico N° 5

% de propietarios de viviendas sin deuda



Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de CENSO año 2002.

Hipoteca Revertida



Fuente: CIEDESS (2003) Hipoteca Revertida en Chile.

La Hipoteca Revertida es una operación basada en la propiedad de una vivienda, que permite a su tenedor obtener liquidez por su bien raíz, manteniendo el usufructo del mismo, sin tener que efectuar desembolsos de pagos durante este período. De esta manera, quienes llegan a la tercera edad con casa propia, pero sin fuentes de ingreso o que, teniendo fuentes de ingreso deseen otra adicional para mejorar su calidad de vida, pueden utilizar ese patrimonio, sin que ello signifique que deban abandonar la casa donde viven.

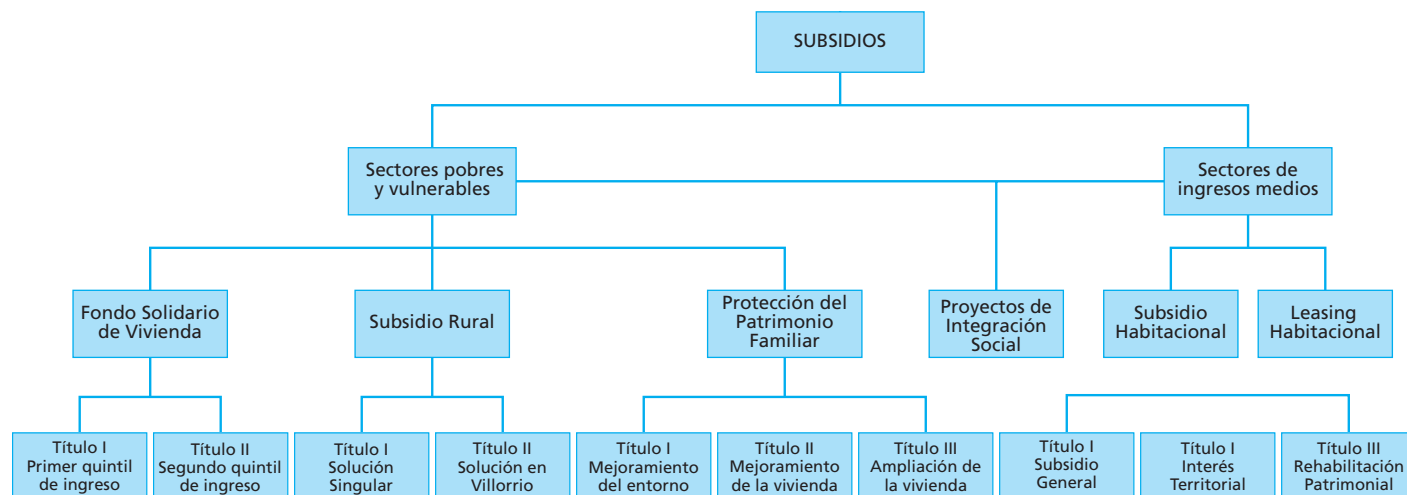
En el esquema adjunto se plantean relaciones posibles entre instituciones y actores para la operación de este sistema en Chile. En

primer lugar se requiere de una entidad intermedia, rol que puede desarrollar una Sociedad Inmobiliaria, que se constituya en el primer financista, articulador de los mecanismos de resguardo y la administración del sistema, y acopiador de las operaciones necesarias para gestar un levantamiento de fondos, con instrumentos que puedan ser vendidos a los inversionistas que refinancien la industria a través de procesos de securitización. Desde el punto de vista del cliente, del adulto mayor, la entidad acopiadora será quien proveerá los recursos líquidos. El cliente podrá usar estos recursos ya sea para contratar una renta vitalicia con alguna Compañía de Seguros o para disponer de retiros programados de dichos fondos.

La política habitacional del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) establece diversos programas de subsidios, con especial orientación a los grupos vulnerables y al de ingresos medios, tal como lo muestra el Gráfico N° 6. Un adulto mayor puede postular a uno de estos programas, previo cumplimiento de requisitos tales como situación socioeconómica, ahorro previo, entre

otros, accediendo al monto de subsidio que permita adquirir la vivienda. Desde el presente año, MINVU y SENAMA impulsan un programa en conjunto con el fin de ampliar y especializar la oferta de soluciones habitacionales, como también incentivar la creación de comunidades orientadas al adulto mayor.

Gráfico N° 6
Programas de subsidios del MINVU



Fuente: Manual de Acceso a la Vivienda, CIEDESS (2008)

2.4. Servicios sociales

Los servicios sociales son beneficios complementarios al sistema de seguridad social, con lo que contribuyen al mejoramiento del bienestar de la población. Son considerados como servicios sociales tres grandes áreas de beneficios: i) crédito social; ii) prestaciones complementarias; y iii) prestaciones adicionales²⁴.

En nuestro país, tales servicios sociales son otorgados por las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF). Estas realizan convenios entre empresas para entregar tales prestaciones obligatorias y complementarias a los trabajadores, donde el

financiamiento es tanto con aportes del sector público como del sector privado, aunque una gran parte de estos beneficios son financiados por el sistema de Cajas. En el año 1997, bajo la Ley N° 19.539, se permitió afiliarse a pensionados en el sistema de CCAF, con el consiguiente acceso a tales beneficios para este grupo de la población. Como se observa en el Cuadro N° 2, al año 2005 existían casi 900 mil pensionados (cerca de la mitad del adulto mayor) afiliados a las distintas Cajas, representando un tercio de los afiliados activos y con una creciente participación en el tiempo. Además, los ingresos del adulto mayor afiliado, por concepto de pensiones, oscilan entre \$110.000 y \$120.000 durante el período.

Cuadro N° 2
Pensionados afiliados al sistema CCAF
Evolución años 2000-2005

Año	Afiliados		Ingresos medios	
	Activos	Pensionados	Activos	Pensionados
2000	2.237.974	259.868	291.126	n.d.
2001	2.360.381	368.921	308.231	108.091
2002	2.047.238	486.280	319.913	110.962
2003	2.507.486	621.358	330.706	111.942
2004	2.688.970	793.837	342.717	119.672
2005	2.909.623	885.410	357.896	116.097

Fuente: CIEDESS (2006)

24. CIEDESS (2006) Los servicios sociales en Chile, pág. 48.

Siguiendo con antecedentes de la Encuesta CASEN 2006, un 14% de los adultos mayores percibió una asignación familiar (a nivel nacional esta cifra asciende a un 26%), cuyo monto promedio es de \$4.558 mensuales (y a nivel país es de \$6.479). Respecto al crédito social, un 1,5% de los adultos mayores²⁵ utilizan esta alternativa de financiamiento, mientras que en primer lugar prefieren el endeudamiento a través de casas comerciales, con el 14%. Además, cerca de un 50% de los montos endeudados son menores a \$100.000. En definitiva, los adultos mayores poseen un bajo nivel de endeudamiento, como también un mayor uso del crédito social, respecto de la población total.

El crédito social es un préstamo monetario que permite financiar necesidades del pensionado (o del afiliado) relacionadas con salud (como para adquirir medicamentos), vivienda (para complementar el ahorro previo exigido en la postulación a un subsidio de vivienda), educación (para pagar un curso de capacitación), adquisición de bienes durables (como para comprar equipamiento tecnológico), trabajo y recreación (como para financiar viajes). La tramitación del préstamo es breve, no siendo superior a 48 horas desde presentada la solicitud e incluye un seguro de des-

gravamen. La tasa de interés cobrada es la misma para todos los afiliados, el plazo máximo de préstamo es de 60 meses, período durante el cual se pagarán cuotas fijas, por medio de descuentos de planillas (pensión en el caso del adulto mayor) y no supera el 25% de la remuneración (o pensión). El monto del préstamo puede ser hasta de cinco veces el valor de la pensión líquida.

Las prestaciones adicionales son beneficios pecuniarios o en bienes y servicios, cargados al Fondo Social de las Cajas, al igual que el crédito social. Estas pueden ser de dos tipos: no retornables y retornables. Las primeras son prestaciones gratuitas, tales como la asignación de natalidad, fallecimiento del trabajador, beneficiario o carga, nupcialidad, matrícula universitaria y becas de estudio. Las segundas son aquellas por las cuales los afiliados deben pagar para acceder a tales prestaciones (aunque a una tarifa preferencial), tales como beneficios en salud, educación, recreación y turismo. En el siguiente Cuadro N° 3 están expuestos los beneficios adicionales entregados al adulto mayor para el período 2000-2005, donde destaca la amplia cobertura en servicios de atención médica y los beneficios en turismo y viajes.

Cuadro N° 3

Prestaciones adicionales entregadas al adulto mayor

Año	Salud		Turismo		Actividades culturales
	Número	Monto total (\$M)	Monto promedio	N° de beneficiarios	N° de asistentes
2000	21.453	101.980	4.754	32.777	4.699
2001	53.702	213.410	3.974	28.217	n.d.
2002	94.821	404.681	4.268	94.904	6.004
2003	96.265	432.198	4.490	121.044	12.938
2004	142.105	571.869	4.024	105.951	9.450
2005	168.257	666.401	3.961	106.967	10.650

Fuente: CIEDESS (2006)

Las prestaciones complementarias son aquellas que no están contempladas en otros servicios administrados por las Cajas y son de carácter voluntario, entregados y definidos por medio de convenios con empleadores afiliados, sindicatos o grupos de trabajadores afiliados o con asociaciones de pensionados.

3. Conclusiones y recomendaciones de política

El proceso de envejecimiento creciente en nuestro país implica una mayor participación del grupo de adultos mayores, quienes al año 2006 constituyen un 13% de la población del país. Este grupo, respecto al nivel nacional, está mayoritariamente constituido por mujeres, presenta bajos niveles de capital humano y, por último, existen bajos niveles de pobreza.

Las pensiones recibidas constituyen la principal fuente de ingresos, donde al año 2005 el número de pensiones por vejez otorgada por las AFP fue mayor a las entregadas por las del antiguo sistema. El valor promedio de las pensiones entregadas por ambos

sistemas, ya sea de vejez, invalidez o sobrevivencia, oscila entre \$ 150.000 y \$ 200.000 para el año 2005. No obstante, una cuarta parte de los adultos mayores ejercen actividades laborales, y otra cuarta parte estaría dispuesta a hacerlo, lo que significa una forma complementaria de percibir ingresos, como también una forma de desarrollar una vida activa.

El 86% de este grupo tiene cobertura de salud a través de FONASA, mientras que sólo un 6% en ISAPRE. La implementación del Plan AUGE significó el otorgamiento de un conjunto de garantías explícitas para enfermedades que aquejan a esta población. El sector público, a través de su Programa de Salud al Adulto Mayor, otorga además una red de beneficios exclusivos, considerando la amplia demanda natural al ciclo de vida.

Más del 80% de los adultos mayores posee vivienda propia, cifra superior al nivel nacional, con lo que un aspecto de cobertura se encuentra ampliamente realizado, aunque es preciso el estudiar las condiciones de habitabilidad de dichas viviendas, como también los posibles usos que de la misma se pueden realizar.

25. Un 26% de este segmento tiene algún tipo de deuda, mientras que a nivel nacional este porcentaje sube a un 37%.

En el área de servicios sociales, la incorporación de los pensionados al sistema de Cajas de Compensación significó un amplio acceso a múltiples beneficios, tales como crédito social, servicios de recreación y de salud complementarios, lo que ha resultado en una alta participación por parte de los adultos mayores en esta red de beneficios sociales.

En virtud de lo anterior, es preciso señalar algunas recomendaciones de política especialmente orientadas a perfeccionar la actual arquitectura de la seguridad social del adulto mayor. Estas orientaciones de política pública son:

3.1. En el ámbito de pensiones

- **Incentivar el número de cotizaciones y la densidad de las mismas durante la vida laboral activa.** Este mecanismo de previsión para la vejez, a través del sistema de AFP, es una herramienta potente para obtener tasas de reemplazo iguales o superiores a las remuneraciones promedio durante la vida laboral activa.
- **Perfeccionar los mecanismos de asistencia en pensiones.** Esto implica una ampliación en la cobertura, magnitud del beneficio, regulación en el otorgamiento de dichas prestaciones y control de calidad sobre los servicios de atención al pensionado. El actual proyecto de reforma considera algunos de estos principios.
- **Incentivar la contratación del adulto mayor.** Es fundamental diseñar incentivos para la contratación de los servicios y de la experiencia del adulto mayor que desea mantener una vida laboral activa, con mecanismos tales como el “contrato a honorarios indefinido”, contratos con jornadas flexibles, franquicias tributarias para empresas y personas, entre otros.

3.2. En el ámbito de salud

- **Cuenta de ahorro para Salud.** En vista de las altas necesidades por servicios de salud de este grupo de la población, y con el fin de otorgar acceso a servicios de calidad, es posible crear una cuenta de ahorro que sea financiada por medio de las cotizaciones que actualmente realizan los pensionados, más un aporte público y un aporte de la empresa si el adulto mayor ejerce alguna actividad remunerada. Esta cuenta podría ser utilizada tanto en la red de prestadores públicos como en la del sistema ISAPRE.
- **Incentivar la movilidad entre FONASA e ISAPRE.** Es prioridad el que los adultos mayores tengan la mejor calidad de atención en Salud, y que decidan la mejor alternativa entre un

amplio abanico de posibilidades. Por ejemplo, se podría estudiar la creación de un subsidio a la demanda para cuando decidan cambiarse desde un sistema público a uno privado.

- **Seguro contra accidentes del trabajo.** En vista de otorgar una protección especial a quienes ejercen una actividad laboral activa, es posible diseñar un mecanismo de seguro especial para adultos mayores.
- **Programa de Alimentación Complementaria.** Existe cierto desajuste entre la principal problemática nutricional de los adultos mayores (que es de sobrepeso para un 10% del grupo) y el objetivo de este programa público (que es para prevenir la desnutrición, lo que afecta a un 5% del adulto mayor), por lo que se requiere un rediseño del programa que incorpore ambas problemáticas principales de esta población.

3.3. En el ámbito de vivienda

- **Incentivar el desarrollo de Comunidades especializadas en el adulto Mayor.** Ya sea considerando casas de reposo temporales o permanentes, tanto para personas valentes como no valentes, con un amplio espectro de servicios especializados en salud, de entretenimiento y de convivencia social.
- **Fomentar el uso de la Hipoteca revertida.** Permitir licuar un activo que es propiedad de los adultos mayores y que les permita aumentar sus ingresos para destinarlos a sus principales demandas.

3.4. En el ámbito de servicios sociales

- **Incentivar la ampliación de la oferta de servicios sociales.** Tales como más alternativas de capacitación, entretención y esparcimiento, a precios preferentes.
- **Incentivar la creación de centros integrales al adulto mayor.**
- **Incentivar la incorporación de nuevos pensionados al sistema de cajas.** Tales como los beneficiarios PASIS (o PBS en el futuro) y a los de las Fuerzas Armadas.

3.5. Otros

- **Educación de la vejez.**
- **Perfeccionamiento en la institucionalidad pública**
- **Calificación de hogares especializados al adulto mayor**
- **Perfeccionar la ley de donaciones.**

Bibliografía

CIEDESS (2003) *Hipoteca Revertida*. Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). Santiago de Chile. Agosto 2003. <http://www.ciedess.cl/website/contenido.asp?UR=83KHzt24f2>

CIEDESS (2005) *Los desafíos actuales del adulto mayor*. Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). Santiago de Chile. 2005. <http://www.ciedess.cl/website/contenido.asp?UR=941wKK30j2>

CIEDESS (2006a) *Los servicios sociales en Chile*. Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS) – Asociación de Cajas de Compensación de Asignación Familiar (ACCAF). Santiago de Chile. 2006.

CIEDESS (2006b) *Servicios sociales al adulto mayor*. Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social (CIEDESS). Santiago de Chile. Diciembre 2006.

ENGELHARDT (2004) *Social Security and the evolution of elderly poverty*. Gary V. Engelhardt y Jonathan Gruber. En Working Paper Nº 10466, National Bureau of Economic Research (NBER). Cambridge, USA. Mayo 2004.
<http://www.nber.org/papers/w10466>

FONASA (2007) *Protección social en salud en Chile*. Fondo Nacional de Salud (FONASA) – Ministerio de Salud (MINSAL). Santiago de Chile. 2007.
http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_proteccion_social_en_salud_en_chile.pdf

HURD (1982) *The economic status of the elderly*. Michael D. Hurd and John Shoven. En Working Paper Nº 914, National Bureau of Economic Research (NBER). Cambridge, USA. June 1982.
<http://www.nber.org/papers/w0914>

HURD (2004) *Increases in wealth among the elderly in the early: How much is due to survey design?* Michael D. Hurd, Sussan Rohwedder and Steven J. Haider. En Working Paper Nº 10862, National Bureau of Economic Research (NBER). Cambridge, USA. October 2004.
<http://www.nber.org/papers/w10862>.

HURD (2006) *Economic well-being at older ages: Income- and consumption-based poverty measures in the hrs*. Michael D. Hurd and Sussan Rohwedder. En Working Paper Nº 12680, National Bureau of Economic Research (NBER). Cambridge, USA. November 2006.
<http://www.nber.org/papers/w12680>

INE (1999) *Chile y los adultos mayores, impacto en la sociedad del 2000*. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Santiago de Chile. Noviembre 1999.
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf

INE (2003) *Catastro de población adulta mayor*. Adultos mayores por regiones, comunas y porcentajes. Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Santiago de Chile. Julio 2003.
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf

LIZAMA (2004) *Reformas legales para la inserción laboral de los pensionados por vejez*. Luis Lizama Portal. En serie "En Foco" Nº 32. Santiago de Chile. 2004.
http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/15092004125721.pdf

MINSAL (2006) *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud: Chile 2006*. Informe de Resultados Total Nacional. Subsecretaría de Salud Pública, División de planificación sanitaria, Ministerio de Salud. Santiago de Chile. 2006.
<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006>

MINSAL (2007) *Garantías Explícitas en salud del régimen general de garantías en Salud*. Decreto Supremo Nº 44 de 2007, Ministerio de Salud. Santiago de Chile. Julio 2007.
http://web.supersalud.cl/normativa/571/articles-3174_recurso_1.pdf

MIDEPLAN (2007a) *La situación de pobreza en Chile*. En "Serie Análisis de Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2006)" Nº 1. Santiago de Chile. Junio 2007.
<http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Pobreza.pdf>

MIDEPLAN (2007b) *Distribución del ingreso e impacto distributivo del gasto social*. En "Serie Análisis de Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2006)" Nº 2. Santiago de Chile. Junio 2007.
http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Imp_Distrib.pdf

OISS (2007) *Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur*. Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. 2007.
<http://www.oiss.org/IMG/pdf/publicacionDoc-2006red-2.pdf>

OYARZO (2004) *Una propuesta de política para reducir la inseguridad en la población adulta mayor*. César Oyarzo M. En serie "En Foco" Nº 31. Santiago de Chile. 2004.
http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/15092004125445.pdf

SILVA (2004) *Inseguridades sociales y tercera edad*. Juana Silva O. En serie "En Foco" Nº 30, Expansiva. Santiago de Chile. 2004.
http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/15092004125149.pdf

SSALUD (2007) *Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020*. Departamento de Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud. Santiago de Chile. Mayo 2007.
http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-3517_recurso_1.pdf

El SENAMA y las políticas públicas para el adulto mayor

Tania Mora Biere¹ y Paula González Yañez²

A comienzos de la década del noventa comienzan los estudios que intentan realizar una cuantificación y proyección de los adultos mayores en Chile, los que incorporaron las reflexiones del fenómeno mundial sobre el envejecimiento de la población. Los países europeos demoraron más de 200 años de desarrollo para envejecer, luego de un largo proceso de acumulación y formación de riqueza, mientras que el envejecimiento de la población en los países de América Latina tan sólo tomó algunas décadas y con un nivel de desarrollo económico menor al de las primeras naciones. Estos son algunos antecedentes para comprender y estudiar las actuales dinámicas demográficas de la población. ¿Cuál es el impacto de tales tendencias sobre el diseño e implementación de políticas públicas? Esta inquietud motiva el presente documento, entregando respuestas sobre la experiencia chilena.

// Las políticas públicas y el SENAMA

A mediados de los noventas, luego del estudio entregado por la Comisión para el Adulto Mayor, comenzó el diseño de políticas públicas orientadas a este grupo, lo que constituye la base de la actual política al sector, aun cuando nos encontramos en una etapa de revisión y rediseño, e incorporando criterios y derechos indicados por las Naciones Unidas. Luego de esto, nace el Comité Nacional para el Adulto Mayor, el que tuvo una duración de cinco años, el que entre otros aspectos indicó la necesidad de una institucionalidad pública en el ámbito: en el año 2003 es creado el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

El SENAMA es concebido como un servicio público descentralizado en sus funciones, independiente de ministerio alguno, a diferencia de la situación que existe con el SENAME, por ejemplo, el que depende directamente del Ministerio de Justicia. En segundo lugar, esta institución es considerada como un servicio realizador de políticas, aspecto que por ley sólo es facultable a los ministerios; es decir, este organismo tiene la potestad de realizar políticas específicas para el adulto mayor. En tercer lugar, éste puede coordinar programas y actores, en especial con aquellos del sector privado. Con todo esto, el SENAMA asume la responsabilidad de considerar la transversalidad de las temáticas, incorporando la diversidad de visiones en el área.

Uno de los ámbitos de acción del SENAMA es el de los servicios sociales, cuya tarea es proyectar una ampliación en su oferta. El

Plan Auge (que incorpora al adulto mayor como grupo beneficiario de determinadas prestaciones médicas) y la actual discusión sobre la reforma previsional son aspectos que implican una significativa mejora cualitativa y cuantitativa en los beneficios, focalizados en los sectores más vulnerables.

El SENAMA, con el Fondo Nacional del Adulto Mayor, experimentó el año 2007 un aumento significativo en su presupuesto, en un 38%, cifra que totaliza cerca de tres mil millones de pesos, lo que es un gran precedente para el sector, sobre todo si consideramos que en promedio el gasto del sector público aumentó en alrededor de un 9%. Estos fondos están dirigidos para las personas adultas mayores valentes, pero en la actualidad se está abriendo una línea de concursos para prestadores de servicios para adultos mayores. Por ejemplo, existe el "Programa de Vacaciones para la Tercera Edad" del Servicio Nacional de Turismo (SERNATUR), como también programas de capacitación para los adultos mayores. Además, durante la década pasada se permitió la incorporación de los pensionados a las Cajas de Compensación, lo que ha resultado en una gran experiencia y de alta participación.

En definitiva, las necesidades del grupo son diferentes y crecientes, lo que implica un conjunto de programas que tiende a la diversidad, tanto de parte del sector privado como del público. ¿Cómo satisfacer dichas orientaciones? Una experiencia interesante en este ámbito es el de las Cajas de Compensación en España, las que identifican tres tipos de servicios sociales, los que son:

- i. Servicios de atención a domicilio. Consiste en ayuda domiciliaria, teleasistencia por teléfono, botones de auxilio dispuestos en la muñeca o colgados al cuello del beneficiario, comidas a domicilio, ayudas técnicas, apoyo familiar y la cuidadora del adulto mayor con discapacidad, entre otros.
- ii. Servicios de atención diurna. Son los establecimientos de larga estadía, como los clubes para adultos mayores, los que cuentan con sedes y centros de día.
- iii. Servicios de atención residencial. En primer lugar existen los centros residenciales y establecimientos de larga estadía. En segundo lugar hay disponibles espacios y centros temporales que constituyen un apoyo para la familia durante las vacaciones o cuando los adultos mayores están en proceso de recuperación luego de una hospitalización.

1. Abogada del Servicio Nacional al Adulto Mayor (SENAMA)
2. Asesora de Dirección (SENAMA)

// La nueva política habitacional

En cuanto a la política habitacional existen algunas innovaciones recientes al respecto. El principio de orientación de política es el otorgar un derecho a techo, el que implica el que los adultos mayores habiten en una vivienda digna y con un entorno amable, así como al mejoramiento de ésta a fin de promover su independencia y autonomía. La acción específica incluye establecer convenios para el otorgamiento de soluciones habitacionales, individuales y colectivas, sin titularidad de dominio, las cuales podrán ser administradas por municipios y entidades especializadas en atención de personas mayores y con inscripción vigente en el registro de instituciones del SENAMA.

En la actualidad, los adultos mayores pueden postular a los distintos programas disponibles en el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), pero no están diseñados para este grupo en especial, tan sólo considera su cobertura en un programa base. La actual iniciativa busca readecuar esta oferta en postulaciones individuales, para personas adultas mayores autovalentes, a quienes se les entregaría la solución habitacional en comodato o arriendo por dos años renovables, la primera modalidad principalmente orientada a los pertenecientes al primer y segundo quintil.

La segunda línea de acción es la implementación de un nuevo programa, en conjunto con SENAMA y MINVU, llamado "Fondo Concursable para Construcción", el que considera dos tipos i) Construcción de Viviendas Tuteladas, para adultos mayores autovalentes, donde el proyecto presentado puede contemplar servicios de alimentación y otros de apoyo a domicilio; y ii) Construcción de Residencias Colectivas Protegidas, para mayores semivalentes y no valentes, preferentemente de quintiles I y II, con vulnerabilidad social, cuyo proyecto contempla atención a residentes más un centro diurno.

El monto máximo a financiar es equivalente a los establecidos en el Fondo Solidario para Construcción definido por el MINVU, y se considera unidad de vivienda o cupo en el centro de estadía. En conclusión, este nuevo programa es una asociación entre tres actores: SENAMA, MINVU y prestadores. El primero otorga la asistencia técnica en la definición de los programas del MINVU, como también regula la administración del registro de prestadores. El segundo establece el concurso, otorga los recursos y el traspaso de la administración. Por último, el tercero es el responsable de la implementación y administración operativa, como también de los servicios de atención al adulto mayor. //

Esquema de funcionamiento del Programa



Fuente: SENAMA

Adultos mayores e ISAPRE: Amenazas y oportunidades

Rafael Caviedes Dupra¹

El sistema de salud chileno está compuesto tanto por el sector público como por el sector privado. El primero tiene como actor principal a FONASA, el que cuenta con prestadores como hospitales y consultorios, y otorga una cobertura para el 68% de la población, mientras que el segundo protagonista es el sistema de ISAPRE, el que cuenta con una infraestructura compuesta de clínicas y centros médicos, y que cubre al 16,3% de la población. Existen ciertas discusiones sobre quién debería proveer determinados bienes públicos, tales como las inmunizaciones y la promoción de la salud (generalmente entregados por el Estado), como también la protección del medio ambiente y la alimentación complementaria (dejados al sector privado). Hoy existen diversas alternativas en que tanto el sector público como el privado pueden compartir el rol de provisión de estos bienes, lo que iría en claro beneficio de los usuarios.

Luego de la reforma introducida al sistema el año 2005, un reordenamiento en la estructura de la autoridad sanitaria quedó como resultado. El principal actor es el Ministerio de Salud, a partir del que depende tanto la Superintendencia de Salud como la Subsecretaría del área. La Superintendencia de Salud (ex Superintendencia de ISAPRE) se divide en dos instituciones principales: la Intendencia de Prestadores (que regula el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud - GES) y la Intendencia de Fondos (que regula a ISAPRE y FONASA). La Subsecretaría de Salud también cuenta con dos unidades principales: la Subsecretaría de Salud Pública (que supervisa las labores de las SEREMI -13 en total- y a las de los Prestadores Públicos que abastecen a FONASA) y la Subsecretaría de la Red de Prestadores (que coordina las labores del Servicio de Salud -25 en total- como también a los prestadores privados que abastecen a las ISAPRE). Este reordenamiento del sistema promete ser más eficiente que el anterior diseño, al identificar claramente a los actores como también al especificar sus roles, lo que permite una mejor coordinación entre ellos.

En materia de financiamiento, del total de recursos disponibles en FONASA, un 41% proviene de las cotizaciones de las personas, mientras que el restante proviene de las transferencias desde el sector público. En el sistema ISAPRE, la totalidad de los recursos provienen de las cotizaciones, donde un 70% de los recursos corresponde a la cotización obligatoria (del 7% de la remuneración imponible de los trabajadores) y el restante corresponde a aportes adicionales de los cotizantes, lo que depende del plan de salud contratado con la ISAPRE.

La mayoría de los afiliados en el sistema de salud público corresponde a personas de menores recursos. Por ejemplo, cerca del 90% del primer quintil de ingresos está afiliado a FONASA, participación que desciende mientras mayores son los recursos, mientras que por otra parte los afiliados al sistema ISAPRE aumenta. La principal razón de esta distribución se explica por la carencia de recursos de los grupos de la población que no pueden acceder al sector privado pagando un plan de cobertura distinto y mejor al que pueda ofrecer el sistema público. Una alternativa para incentivar la movilidad entre sistemas puede ser el otorgamiento de subsidios a aquellos que decidan trasladarse desde el sector público al privado, disminuyendo los costos de los planes a los que pueden acceder. Por último, el gasto en salud del sector público ha experimentado una alta tasa de crecimiento, que en el año 2007 significó alrededor de 2,2 billones de pesos.

La existencia de estos dos sistemas puede representar distintos desafíos para ambos sectores. La incorporación del Plan AUGÉ, cuya lógica de operación es otorgar una cobertura mínima en prestaciones de salud, independiente de cuál sea el sistema al que esté afiliada la persona, otorga una base de competencia que permite la comunicación entre los dos sectores. Como tarea queda el complementar los prestadores de salud que existen entre un sistema y otro.

// El sector privado

Durante la primera parte de los 90 el sistema ISAPRE experimentó una progresiva expansión, a la que siguió un período de contracción iniciado en el año 1997, a consecuencia de la crisis asiática, lo que significó un aumento en el desempleo y una caída en los salarios, con la consiguiente pérdida de capacidad de pago de los trabajadores y su salida del sistema ISAPRE. No obstante, a partir del año 2006 se observa un período de recuperación.

En el año 2006, en el sector privado existían cerca de 167 mil personas mayores de 60 años afiliadas, grupo que muestra cierta tendencia de aumento en términos nominales, aunque de bajas tasas de crecimiento. Aun así, este es el único grupo de la población, por edad, que muestra un crecimiento progresivo de afiliación en el tiempo, incluso el indicador global muestra un período de caída iniciado en el año 1997. En definitiva, la incidencia que tienen las personas mayores en la cartera del sistema ISAPRE es cada vez más importante, lo que es un elemento significativo por los costos que representan.

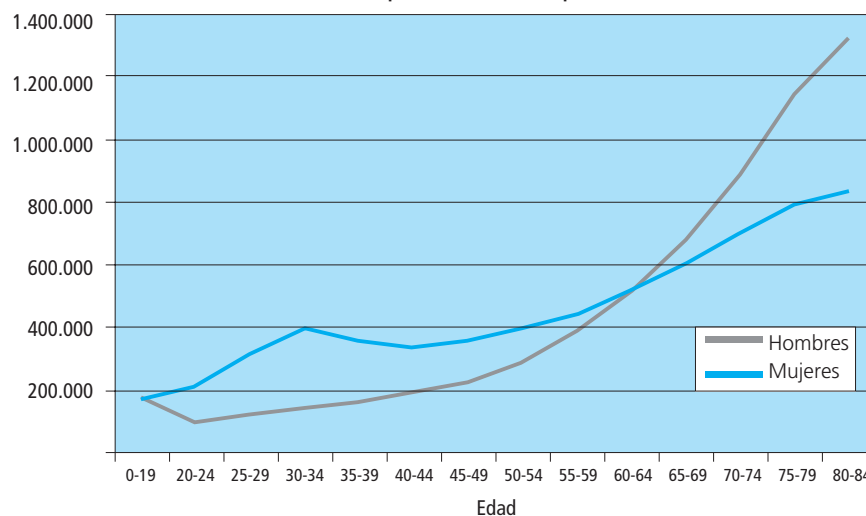
1. Director Ejecutivo de la Asociación de ISAPRES

En materia de gasto anual por persona se observa una diferenciación por sexo y edad. Como lo muestra el Gráfico N° 1, a medida que la edad aumenta el gasto anual por beneficiario también crece. Además, los hombres implican menores gastos que las mujeres en las edades jóvenes y adultas, pero en cuanto se es adulto mayor la situación se revierte, donde los hombres implican gastos bastantes mayores que las mujeres. Estas diferencias por edad y sexo se reflejan en los contratos de salud, uno de los elementos criticados al sistema ISAPRE, pero como lo indican estos antecedentes, efectivamente las mujeres cuando son más jóvenes requieren de mayores recursos para atención en salud respecto a

los hombres, mientras que en las edades más adultas las primas son mayores a los de los contratos para personas más jóvenes, y para hombres aún mayores que para mujeres. El aplicar una tarifa homogénea, por ejemplo un promedio del sistema, es un error, pues significaría dejar sin cobertura a los de menor riesgo, por ejemplo a los más jóvenes, quienes con tal estructura de costos preferirán un traslado al sistema público. Si no existe una política de subsidios compensada, entonces las ISAPRE quedarían sin la posibilidad de renovar a su población, lo que implicaría que sólo las poblaciones más adultas quedarían en el sistema privado, lo que encarecería las tarifas.

Gráfico N° 1

Gasto Anual por Persona en pesos



Fuente: Elaboración del autor.

// Desafíos

Los desafíos para el sistema de salud debieran apuntar a modificar los hábitos de vida hacia unos más saludables como también el abordar el aumento sostenido del gasto en salud.

No obstante, un punto relevante es permitir que las personas, independiente de sus ingresos, puedan escoger el asegurador y prestador de su preferencia mediante un esquema de subsidios. Un esquema de financiamiento como el actual implica que la cobertura que entregaría el sistema de ISAPRE oscilaría entre el 17 y 20%, es decir, mantendrían las mismas tasas, con lo cual se resta las posibilidades de acción para el sector privado en el sec-

tor de salud. Este aspecto tiene importantes implicancias para el adulto mayor, ya que dada su baja renta le es muy difícil el poder pagar un plan de salud en el sector privado, por lo que urge el otorgamiento de un subsidio que permita una mayor incorporación de este grupo, con el consiguiente acceso a una nueva red de prestadores especializados.

Sobre la gestión en hospitales públicos los retos son amplios. Algunos estudios apuntan a exponer la baja productividad de estos en el período 1990-1999 e incluso se podría esperar que desde tal período a la fecha no existan grandes variaciones. Es tarea el incorporar mecanismos que entreguen mayor flexibilidad, como las concesiones de hospitales. //

Experiencia INGER: realidades y lecciones

Juana Silva Opazo¹

El Instituto Nacional de Geriátría (INGER) nace en el año 1968, en las dependencias del ex Hospicio de Santiago, como parte del proceso de reestructuración del sector salud vivido durante aquellos años. Más tarde, en el año 1984, la dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) define al por entonces llamado Centro Geriátrico como un centro de atención de salud para la población anciana. Desde el año 1999 es denominado Instituto Nacional de Geriátría Presidente Eduardo Frei Montalva.

El plan de atención especializada del INGER considera los siguientes objetivos: i) promover la generación de una política pública para el adulto mayor; ii) contribuir a la generación de un plan de atención preventiva, continuada, progresiva e integral; iii) capacitar a los recursos humanos para la ejecución del plan de atención de salud primaria y de especialidad; y iv) investigar y validar modelos de atención en el nivel primario y de especialidad de geriatría.

Los objetivos sanitarios para la década 2000-2010 son cuatro: i) mejorar los logros sanitarios alcanzados; ii) enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; iii) disminuir las desigualdades en salud; y iv) proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

La reciente reforma al sistema de salud consideró diversas modificaciones tales como la reestructuración institucional de la autoridad sanitaria, la implementación de un plan de atención universal para determinadas prestaciones (Garantías Explícitas en Salud, GES) y el perfeccionamiento de las normas del sistema ISAPRE, entre otros. El INGER, como parte de la infraestructura y como dependencia jerárquica, pertenece al SSMO, servicio de salud que reúne al Hospital Salvador, al Hospital del Tórax, el Hospital Luis Tizné, el Instituto de Neurocirugía, el Hospital Luis Calvo Mackenna, el Hospital Pedro Aguirre Cerda, el CRS Cordillera y 15 consultorios de atención primaria.

La misión del INGER es ser un centro de salud interdisciplinario y de referencia nacional destinado a la atención del adulto mayor,

el que requiere atención de especialidad en geriatría, de manera integral y de excelencia, apoyado por la formación, capacitación e investigación continua en todas las áreas del envejecimiento, para brindar la mejor calidad de vida a los adultos mayores de Chile.

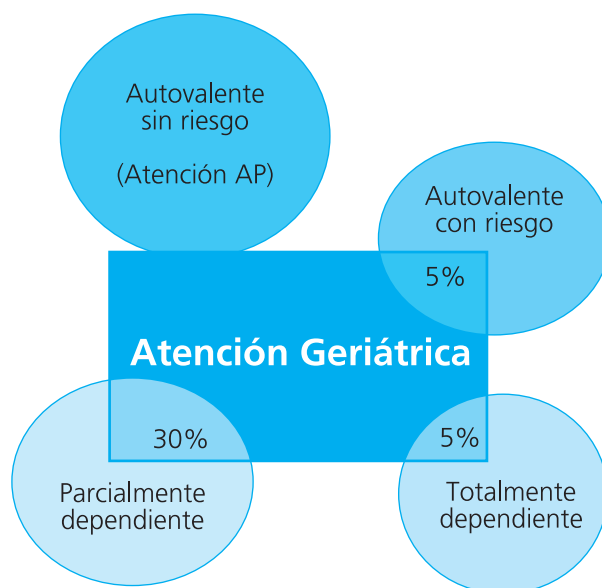
Los principales usuarios de la institución son las personas adultas mayores de 60 años, como también el cuidador del adulto mayor, sus familiares y amigos. También existe otro tipo de usuarios tales como los equipos de salud de la red del SSMO y de otros servicios de la Región Metropolitana y regiones, quienes derivan a adultos mayores a nuestra institución. Más relacionada con el área de formación especializada, otros usuarios del INGER son: i) profesionales de los equipos de salud de la red de establecimientos del SNS, quienes solicitan pasantías para formación; ii) alumnos de universidades e institutos para pasantías y prácticas de pre y postgrado; iii) otros organismos públicos que solicitan información respecto a atención y cuidados de salud para el adulto mayor; iv) voluntarios que se desempeñan en ONG; y v) personal del Ministerio de Salud (MINSAL), en especial los que pertenecen al Programa de Salud para el Adulto Mayor.

La identificación de los pacientes geriátricos es fundamental para la entrega de atención. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), un anciano sano es aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal. Existen distintas evaluaciones para identificar la capacidad funcional de los pacientes, entre cuyos aspectos se consideran las actividades diarias, la situación en salud mental, la funcionalidad psicosocial, la salud física y los recursos sociales, económicos y ambientales disponibles.

Existe un instrumento denominado Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), aplicado en la atención primaria, que detecta el grado de dependencia de la persona. Esta evaluación revela, tal como lo muestra el Gráfico N° 1, que un 70% de la población adulta mayor es autovalente, mientras que un 8% es totalmente dependiente.

1. Directora del Instituto Nacional de Geriátría

Gráfico Nº 1
Autonomía y funcionalidad de los pacientes



Fuente: Elaboración del autor.

Así, los pacientes geriátricos que requieren ser atendidos por la especialidad de geriatría pueden ser identificados en dos grupos: i) persona mayor de 60 años o más portador de enfermedad crónica, a la que se agrega una nueva condición (enfermedad aguda o descompensación de enfermedad crónica); y ii) adultos mayores frágiles y postrados. Este resultado indica que no todos los adultos mayores requieren atención de geriatría.

Para la ejecución de los programas del INGER, la actual dotación de recursos humanos es de 25 médicos y 126 personas, estas últimas distribuidas entre directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares. En el centro son atendidas las patologías del GES, tales como depresión, problemas articulares, tratamiento de dolores, enfermedades tales como cáncer y diabetes, entre otros. En el año 2006, 80 son las camas indiferenciadas disponibles y 10 UGA, con una tasa de ocupación del 5% durante el año, con

una estadía promedio de 20 días por paciente, cuya edad promedio es de 80 años y en una parte mayoritaria (66%) constituida por mujeres. Además, las consultas de especialidad entregadas son las relacionadas con geriatría, psicogeriatría, fisiatría y, también, consultas a kinesiólogo, enfermera, nutricionista, psicólogo y terapeuta ocupacional.

El desafío del INGER es el de entregar una atención progresiva en sus áreas y convertirse en un hospital autogestionado, habilitando nuevas unidades. Con respecto a la colaboración con el Ministerio de Salud la tarea es grande, en especial para buscar en forma conjunta un modelo y un plan de atención país, fortaleciendo lo que hoy entrega la atención primaria, conformando servicios de geriatría en los hospitales públicos (que no existen) y, por último, desarrollar protocolos de atención de especialidad para el adulto mayor. //

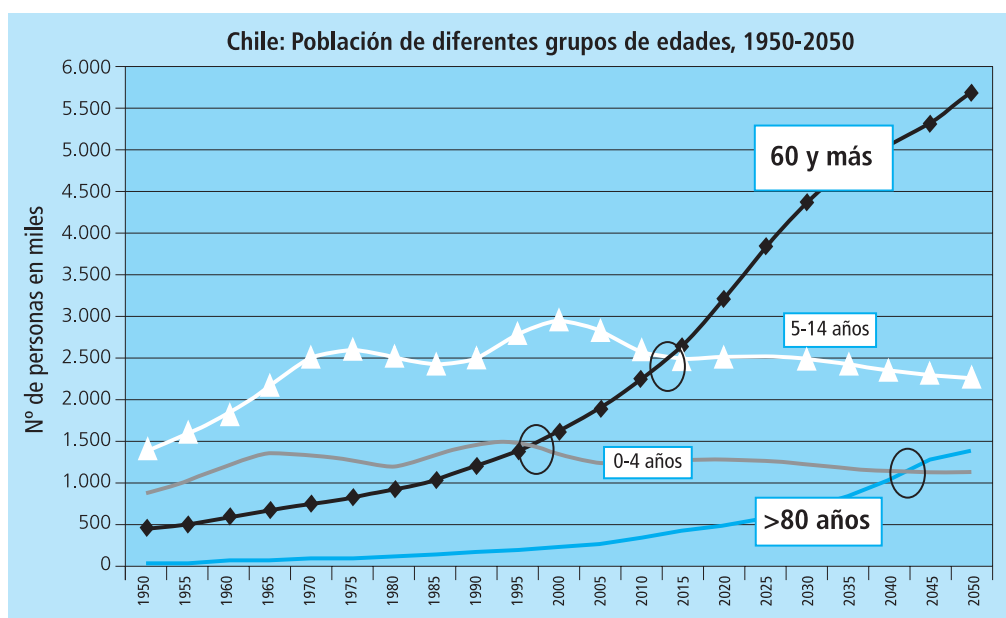
Siete claves del envejecimiento

Pedro Paulo Marín Larraín¹

La primera clave es el aumento de las personas de mayores edades en todo el mundo. Según datos de UNESCO, entre 1950 y el año 2025 la población mundial se triplicará, mientras que la de adultos mayores se multiplicará por 6 y, con un mayor crecimiento, las personas mayores de 80 años crecerán 10 veces en tamaño. Otro antecedente de interés es el observar que la población mayor a sesenta años aumenta a un millón por mes y, por último, que el 80% de los adultos mayores vive en países en vías de desarrollo. En América Latina un fenómeno interesante está ocurriendo, donde la pirámide demográfica pierde fuerza en la base, es decir, disminuye la participación relativa de las edades más jóvenes, aumentando la de los adultos mayores, tomando la forma de un rectángulo, es decir, con similares participaciones para todos los grupos de edad.

La segunda clave es que hoy se viven más años a toda edad. En el caso de Suiza, la curva de mortalidad por edad muestra una caída significativa en todos sus niveles, comparando los resultados de las década del cincuenta con los primeros años del tercer milenio. Además, también en tal país, la expectativa de sobrevivida

a los 70 años se mantuvo por debajo de los 10 años durante gran parte de los siglos XVIII y XIX, mientras que durante la primera parte del siglo XX se mantuvo relativamente estable por sobre este nivel, para comenzar desde la década de los cincuentas alzas sostenidas y progresivas, llegando al año 92 con una expectativa de sobrevivida igual a 15 años. En Chile se observa una situación similar en cuanto a mejoras en la esperanza de vida. A comienzos del siglo XX en nuestro país la expectativa de vida era igual 30 años, mientras que recién en 1980 se cruza la barrera de los 70 años, para terminar el año 2002 con una expectativa de 80 años para el caso de las mujeres. De igual manera, en nuestro país a comienzos de siglo la expectativa de sobrevivida a los 60 años era de 12 y para los 80 de 5 años, mientras que en el 2002 estas aumentan a 22 y 9 años, respectivamente. Todos estos antecedentes son relevantes en materia de políticas públicas, en especial porque a un adulto mayor, de 70 años por ejemplo, aún tiene experiencias y proyectos que realizar, por lo que es válido el desear contar con una vida saludable y realizar actividades que ellos demanden.



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

1. Doctor, Jefe Programa de Geriátria y Gerontología, Departamento de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

La tercera clave es sobre los miedos de los adultos mayores. Todo ser humano teme al envejecer, sobre todo si el cuerpo está deteriorado e impide realizar los propios proyectos, conllevando hacia un aislamiento social por la no aceptación en los distintos grupos. Así, los temores tradicionales de la vejez son tres: el deterioro de la salud, la soledad y, por último, la pobreza. Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), en el año 2000 un 55% de la población adulta mayor que vive en Santiago percibe su salud como regular o mala, uno de los índices más altos de la región, solamente superado por la percepción de la población adulta mayor de Ciudad de México y casi el doble a la advertida en Buenos Aires.

La cuarta observación es que Chile tiene una ventana para prepararse para este nuevo cliente usuario. En nuestro país envejeceremos más rápido de lo que fue en los países europeos o en Estados Unidos, por lo que este proceso viene en una situación de desarrollo medio. Ante este panorama es fundamental el crear una "salud-social" que considere estos aspectos de envejecimiento y de rentas medias, con las consecuentes demandas en bienes y servicios de este grupo de la población.

La quinta clave es el reconocer que la edad por sí sola no sirve para predecir la expectativa de sobrevivencia. Otras dimensiones de estudio son precisas de incorporar, tal como es realizado en las evaluaciones integrales de la geriatría, en especial considerando su capacidad funcional, esto es identificando el grado de depen-

dencia del adulto mayor, el número y cuidado de enfermedades, las discapacidades presentes, etc. El lograr identificar el grado de fragilidad de este usuario es vital para proyectar una expectativa de sobrevivencia correcta a sus condiciones, como también el prestar un conjunto de servicios especializados para él.

La sexta clave responde a la interrogante: ¿la discapacidad puede reducirse? En efecto, esto puede ser logrado, viviendo más años con mejor calidad de vida. Por ejemplo, la experiencia de Estados Unidos indica que desde el año 1982 el porcentaje de personas mayores de 65 años con algún grado de discapacidad era del 26%, tasa que mostró una caída en el tiempo, llegando al año 1999 a un 19,7%.

La última clave es que el desafío para la geriatría y gerontología es crear servicios y personal capacitado para atender a las personas mayores. Como se indicó más arriba, los adultos mayores son los nuevos clientes, por lo que la diversidad de la oferta debe aprovechar las oportunidades de negocios que puedan aparecer a partir de las demandas de la población. Las personas mayores son un grupo con estados de salud heterogéneos, por lo que la oferta en tal segmento debe comprender tal diversidad. Además de este grupo, los que más aumentarán son los mayores de 75 años. En definitiva, se requiere un abanico de servicios con enfoque en la recuperación funcional y de apoyo continuo. Todo esto generará presiones para redistribuir fondos económicos y reasignar prioridades, tanto del sector público como del privado. //



Servicios sociales de las CCAF

Antonio Castilla Pérez¹

Las Cajas constituyen un núcleo central de la seguridad social. Estas son corporaciones sin fines de lucro, cuentan con una experiencia acumulada de más de 50 años y fueron la primera iniciativa privada para gestionar y administrar prestaciones de seguridad social. El primer beneficio entregado por esta red fue la asignación familiar, a partir de la cual, y a través del tiempo, fueron sumadas diversas prestaciones que hoy son conocidas más bien como servicios sociales. Con esta oferta de bienes y servicios las Cajas mejoran la calidad de vida de trabajadores y familias, y para ello promueven una optimización en la gestión y en las relaciones trabajo y empresa.

En la actualidad, una amplia oferta de servicios sociales está siendo dirigida a los adultos mayores, nuevo y creciente número de beneficiarios de las Cajas. El sistema cuenta con cerca de tres millones de trabajadores activos, un millón de pensionados y más de dos millones de familiares, lo que en suma constituyen un total superior a los 6 millones de beneficiarios, cifra de alto impacto para la sociedad chilena. Además, esta red está constituida con más de 200 centros de atención, de Arica a Porvenir.

Su contribución a la educación es destacable ya que cubre desde la educación básica hasta la educación superior y la de posgrado, pasando por capacitación, desarrollo de competencias y actualización permanente; en este ámbito educacional, el impacto podría ser aún mayor si se permitiera su participación en los nuevos esquemas de financiamiento por medio de créditos para la educación superior. Respecto a las prestaciones en salud preventiva y curativa, destaca el liderazgo en oftalmología y prestaciones dentales en cerca de 170 centros médicos y clínicas dentales propias. En el área turismo, recreación, deportes y esparcimiento familiar, existen cerca de 100 centros recreativos deportivos propios, lo que es avalado por una participación anual mayor a un millón de trabajadores en actividades culturales y recreacionales. Ahorro, vivienda y leasing habitacional también es otra área de acción: existen más de 260 mil cuentas de ahorro para la vivienda, un sinnúmero de operaciones de orientación y la modalidad de leasing habitacional son de una alta demanda por parte de los usuarios que desean convertir en realidad la casa propia digna. Por último, el crédito social, que es una de las prestaciones más apreciadas a través del tiempo, y el más relevante del sistema, permite financiar parte significativa de los beneficios y servicios mencionados. Este es un crédito oportuno, inmediato y con plazos cada vez mayores, otorgando un acceso a fuentes de financiamiento a un grupo de la población no cubierta por otras instituciones financieras, como bancos. Las ganancias de este crédito son reinvertidas totalmente en beneficios para los propios afiliados.

La actual discusión de la reforma previsional mostró que un importante número de personas no tiene acceso a beneficios sociales. Esto significó una oportunidad para que tales grupos (independientes, trabajadores del sector público, etc.) puedan ser incorporados a las Cajas, con la consiguiente ampliación a alternativas de beneficios sociales. Sin duda, el espectro de nuevos grupos beneficiarios como el de la oferta de servicios sociales que pueden ser entregados aún tiene largo trecho para buscar nuevas soluciones. Por ejemplo, se comenta que en la actualidad el monto de la asignación familiar es muy bajo. Si consideramos que en la actualidad este beneficio va en directo beneficio para los grupos más vulnerables de la población, entonces una propuesta puede ir en dirección a aumentar significativamente el monto de la asignación familiar.

Sin duda, la estructura y constitución de las familias ha cambiado a través del tiempo. Si antes eran desde los mismos núcleos familiares donde se cuidaba a los adultos mayores y personas no valentes, hoy es necesario buscar nuevas alternativas para satisfacer las necesidades de dicho grupo. Así, prestaciones de seguridad social cuyo principio sea el otorgar una adecuada protección e integración social apuntan hacia las directrices modernas en este ámbito. A modo de ejemplo, aumenta la popularidad de casas para miembros de la tercera edad, valentes y no valentes, y también mayor oferta de actividades recreativas, culturales, de alternativas de uso del tiempo libre y actualización permanente de conocimientos. En España existe una experiencia interesante en la entrega de servicios sociales al adulto mayor, con una amplia oferta y de excelente calidad.

Mencionamos salud, educación, recreación, para cada una de las sedes de las distintas Cajas, una amplia oferta de beneficios y actividades que están mejorando la calidad de vida de los adultos mayores, mediante la realización de actividades físicas, cambiando sus hábitos alimenticios, volcándose a la recreación a través de viajes, talleres, manualidades, computación, en actividades artísticas tales como teatro, música, pintura y baile. Su seguridad de salud y financiera se ha reforzado a través de los centros de salud y el acceso a los créditos sociales. En definitiva, siguen activos gracias al soporte, respaldo humano y de infraestructura que sistemáticamente están recibiendo de las Cajas.

Una alternativa planteada para que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida es el permitir mecanismos de financiamiento a través de hipotecas revertidas, el que ha sido altamente discutido y que puede ser un gran aporte en la búsqueda de soluciones de estos problemas. //

1. Presidente Asociación Gremial de Cajas de Compensación de Asignación Familiar

Programas al adulto mayor y CCAF

Javier Fuenzalida Santander¹

Sorprende un poco el observar algunos indicadores altamente favorables sobre el desempeño de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, tales como en aspectos financieros, de manejo de cartera, de flujos de capital, como también en el ámbito de acción.

Por otra parte, los adultos mayores se están constituyendo en el grupo de mayor participación a nivel nacional, por lo que debe existir una oferta pública que dé servicios de mejor calidad a los adultos mayores, provistos tanto por el sector público como por el privado. Algunos esfuerzos se han realizado al respecto y, efectivamente, las Cajas son el pilar fundamental, pues son las entidades que tienen más relación directa con los adultos mayores. Estas instituciones han mostrado una alta capacidad de flexibilidad a la hora de entregar prestaciones sociales. Tal búsqueda de innovación en los servicios es quizás el valor agregado más importante que ellas tienen.

En términos generales, es posible señalar tres grandes conceptos que las hacen sustentable. En primer lugar está su legitimidad social, lo que, increíblemente, no va de la mano de la opinión pública. Cada día existen más afiliados voluntarios, que ya son más de 4 millones de personas, lo que trae aparejado un segundo gran efecto que se relaciona con las economías de escala, lo que permite entregar una amplia oferta y calidad de productos. El tercer aspecto es el hecho de la no segregación por precio, es decir, para el caso de los créditos sociales, que finalmente es lo más importante, no discrimina por nivel de riesgo. El que se establezca una tasa prima pareja para todos hace posible que se entreguen servicios de créditos a segmentos que antes no tenían acceso a él y a una tasa preferencial importante y atractiva.

Si bien el crédito social es un activo del sistema de cajas, probablemente esto ya no lo sea en el futuro, lo que se explica principalmente por la alta competitividad del sistema de crédito, lo que resulta atractivo para la incorporación de nuevos actores, tales como bancos. No sería adecuado instaurar restricciones a este hecho, sino al contrario, lo que sería un aliciente adicional para ser más competitivos en esta industria. Tampoco deberían implementarse restricciones para la afiliación de determinados grupos de la sociedad a un determinado sistema de crédito, pues la decisión final debe ser siempre de la persona y las familias, y el hecho de obtener más alternativas es claro beneficio para ellos.

Mientras que por un lado es importante fomentar la competitividad y la innovación de mecanismos de otorgamiento de crédi-

tos, por otro, no se puede exigir la misma rentabilidad para los proyectos de obra social, pues es otra la naturaleza del servicio que se entrega y debe ser acompañado de una política pública complementaria. Es cierto que al interior de la cartera de clientes existirán distintos nichos tales como los activos y adultos mayores con importantes privilegios, pero el accionar de la política de Estado debe estar en apoyar y buscar soluciones a las necesidades sociales de los grupos más vulnerables.

En el caso del adulto mayor, estos presentan necesidades de vivienda, no en el sentido de propiedad, sino en el de poder vivir dignamente, de contar con hogares adecuados a sus necesidades de salud, esparcimiento y capacitación, y también necesidades laborales, no sólo por el aspecto de necesidades de renta, sino que también por la necesidad de mantener una vida activa. Además, es necesario considerar aspectos de asociatividad, lo que significa encontrar lugares de encuentro frecuentes, cotidianos, como un club, un lugar donde poder reencontrarse, verse, discutir y poder estar vigentes, donde poder conversar las noticias y mantenerse activos.

El campo de acción de las Cajas es amplio como, por ejemplo, el participar en la oferta de guarderías infantiles. Independiente de cuál sea el campo, este accionar debe ir de la mano de la oferta pública que el Estado entrega o requiere. Todos sabemos que los recursos son escasos, por lo que esta complementariedad va en dirección a optimizar los recursos.

Nuestro rol como Superintendencia apunta hacia dos objetivos. El primero es permitir que las personas tengan libertad de acción, que sus decisiones no sean coercitivas, por lo que al respecto acaba de ser establecida una normativa para regular más estrictamente la afiliación, para que no exista el reclamo de personas que se afilian sin su consentimiento, o a la fuerza, ni que las cambien de una Caja a otra sin que tomen conocimiento. En segundo lugar, es fundamental ampliar la posibilidad de crédito, ampliando la cartera de clientes, incorporando a los funcionarios públicos al sistema, a los independientes, etc.

En definitiva, las Cajas cuentan con un gran aporte para ampliar su oferta de obras sociales, aspecto que desde el Ejecutivo está siendo estudiado y monitoreado con interés, pero no es posible exigir altas rentabilidades o aquellas de la lógica de un crédito, pues la naturaleza del bien entregado es distinta.

1. Superintendente de Seguridad Social

Datos y estadísticas de la seguridad social

En esta sección se presentan datos, estadísticas e indicadores elementales que permitan comprender el funcionamiento del sistema de seguridad social, además de áreas específicas de ella (pensiones, salud y desempleo). Se consideran aspectos del funcionamiento como cobertura, beneficios y financiamiento, segmentando la información de acuerdo a los aportes del sector público y privado. Para esta edición de PANORAMA, se presentan los datos más actuales para la situación del adulto mayor.

Cuadro N° 1

Distribución de discapacitados en el adulto mayor

Edad	Sin discapacidad	Ceguera	Sordera	Mudez	Lisiado Paralítico	Deficiencia Mental	Dos discapacidades	Tres discapacidades	Cuatro discapacidades	Cinco discapacidades	Total
60 a 69	94,8	0,8	1,0	0,1	2,6	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	100,0
70 a 79	90,9	1,3	2,3	0,1	4,0	0,9	0,4	0,0	0,0	0,0	100,0
80 a 89	82,5	2,4	5,3	0,1	6,1	2,3	1,1	0,2	0,0	0,0	100,0
90 o más	74,4	3,6	8,7	0,1	7,2	3,2	2,4	0,3	0,0	0,0	100,0
Total AM	91,5	1,2	2,2	0,1	3,6	1,0	0,4	0,0	0,0	0,0	100,0

Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de CENSO año 2002.

Cuadro N° 2

Distribución de propiedad de viviendas en el adulto mayor

Grupo etario	Propia (pagada completamente)	Propia (pagando a plazo)	Arrendada	Cedida por trabajo o servicio	Gratuita	Total
60 a 69	75,42	10,08	7,96	3,24	3,31	100,00
70 a 79	80,31	6,55	7,30	2,42	3,43	100,00
80 a 89	80,26	5,98	7,71	2,18	3,87	100,00
90 y más	78,50	7,08	8,15	2,20	4,07	100,00
Total AM	77,68	8,35	7,71	2,82	3,43	100,00
Total País	54,14	20,14	16,11	4,55	5,06	100,00

Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de CENSO año 2002.

Cuadro N° 3

Valor de las pensiones

monto mensual en \$ de Diciembre 2006

Año	Total Público			Total Privado			Total Sistema					
	Vejez	Invalidez	Sobrevivencia	Total Sistema Público	Vejez	Invalidez	Sobrevivencia	Total Sistema Privado	Vejez	Invalidez	Sobrevivencia	Total Sistema
1980	12.719	14.218	6.231	11.056	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	12.719	14.218	6.231	11.056
1981	17.940	17.758	7.977	14.559	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	17.940	17.758	7.977	14.559
1982	16.078	20.930	8.751	15.253	n.d.	37.065	17.167	27.116	16.078	28.997	12.959	19.345
1983	19.022	25.762	13.558	19.448	8.853	35.961	17.406	20.740	13.937	30.861	15.482	20.094
1984	23.325	31.288	12.803	22.472	11.188	34.079	16.984	20.751	17.257	32.683	14.894	21.611
1985	25.428	34.227	14.076	24.577	12.551	36.790	18.749	22.697	18.989	35.509	16.413	23.637
1986	34.724	45.967	19.707	33.465	16.271	40.096	20.873	25.747	25.498	43.030	20.290	29.606
1987	28.901	41.913	18.896	29.903	19.403	44.998	24.127	29.509	24.152	43.455	21.512	29.706
1988	33.425	46.672	22.686	34.261	74.154	49.730	25.782	49.889	53.789	48.201	24.234	42.075
1989	37.536	51.906	26.189	38.543	78.592	55.299	30.210	54.700	58.064	53.602	28.200	46.622
1990	43.331	59.802	30.182	44.438	92.822	62.542	35.212	63.525	68.077	61.172	32.697	53.982
1991	51.967	71.659	36.876	53.501	110.313	93.167	38.767	80.749	81.140	82.413	37.822	67.125
1992	56.584	78.592	41.569	58.915	121.512	117.564	44.148	94.408	89.048	98.078	42.859	76.662
1993	61.274	86.434	45.737	64.482	125.888	142.359	48.403	105.550	93.581	114.396	47.070	85.016
1994	65.791	93.506	49.711	69.669	136.677	150.733	50.771	112.727	101.234	122.120	50.241	91.198
1995	82.676	99.440	53.347	78.488	139.764	163.053	53.056	118.624	111.220	131.246	53.201	98.556
1996	96.322	116.231	62.818	91.790	140.847	148.218	51.807	113.624	118.585	132.225	57.313	102.707
1997	97.038	115.714	63.219	91.990	144.570	147.878	53.029	115.159	120.804	131.796	58.124	103.575
1998	99.773	116.458	63.723	93.318	136.389	134.153	54.190	108.244	118.081	125.306	58.957	100.781
1999	105.253	120.324	66.078	97.219	144.749	139.971	58.844	114.521	125.001	130.148	62.461	105.870
2000	113.641	126.875	71.724	104.080	152.277	144.843	61.864	119.662	132.959	135.859	66.794	111.871
2001	120.351	132.502	76.089	109.647	155.588	145.066	62.407	121.021	137.970	138.784	69.248	115.334
2002	123.111	133.734	77.397	111.414	153.822	146.533	61.669	120.675	138.466	140.133	69.533	116.044
2003	127.121	136.152	79.828	114.367	155.261	146.771	60.266	120.766	141.191	141.461	70.047	117.566
2004	128.358	134.946	80.379	114.561	162.423	150.443	65.540	126.135	145.390	142.695	72.960	120.348
2005	130.679	134.458	82.588	115.908	164.196	148.747	65.437	126.126	147.437	141.602	74.012	121.017
2006	139.405	140.105	89.678	123.063	167.144	151.162	68.650	128.985	153.274	145.634	79.164	126.024

Vejez= vejez + otras jubilaciones

Sobrevivencia = viudez + orfandad + montepío + otras sobrevivencias

Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de SAFP y SUSESO.

Cuadro N° 4
Número de pensiones pagadas
Promedio Mensual

Año	Total Público			Total Privado			Total Sistema			
	Vejez	Invalidez	Sobrevivencia	Vejez	Invalidez	Sobrevivencia	Vejez	Invalidez	Sobrevivencia	Total Sistema
1980	290.687	108.923	312.204	n.d.	n.d.	n.d.	290.687	108.923	312.204	711.814
1981	299.825	106.649	300.374	n.d.	n.d.	n.d.	299.825	106.649	300.374	706.848
1982	305.342	117.485	308.359	n.d.	791	3.732	305.342	118.276	312.091	735.709
1983	311.382	127.396	309.114	393	2.272	8.506	311.775	129.668	317.620	759.063
1984	313.505	131.136	306.988	1.730	4.058	14.297	315.235	135.194	321.285	771.714
1985	313.388	134.381	319.121	2.647	5.729	18.050	316.035	140.110	337.171	793.316
1986	312.095	137.748	321.211	4.835	7.979	22.851	316.930	145.727	344.062	806.719
1987	308.784	140.200	300.757	7.980	10.620	27.315	316.764	150.820	328.072	795.656
1988	305.433	141.437	286.891	12.591	12.786	30.989	318.024	154.223	317.880	790.127
1989	302.550	141.596	284.495	19.953	14.388	35.094	322.503	155.984	319.589	798.076
1990	301.835	142.676	283.048	29.666	15.777	41.618	331.501	158.453	324.666	814.620
1991	300.422	142.437	281.648	45.814	15.491	51.507	346.236	157.928	333.155	837.319
1992	299.161	141.980	280.351	61.817	15.436	53.877	360.978	157.416	334.228	852.622
1993	298.797	141.358	280.386	80.610	15.296	59.420	379.407	156.654	339.806	875.867
1994	298.881	140.612	281.186	104.794	16.095	67.125	403.675	156.707	348.311	908.693
1995	331.561	138.389	278.085	125.128	17.976	71.249	456.689	156.365	349.334	962.388
1996	329.029	136.744	278.636	141.950	19.303	77.236	470.979	156.047	355.872	982.898
1997	329.871	135.412	280.768	161.521	20.543	83.537	491.392	155.955	364.305	1.011.652
1998	331.679	134.611	282.273	177.338	21.991	90.876	509.017	156.602	373.149	1.038.768
1999	333.867	134.198	283.886	198.527	25.111	98.596	532.394	159.309	382.482	1.074.185
2000	334.304	133.570	283.684	225.373	25.893	112.085	559.677	159.463	395.769	1.114.909
2001	332.945	131.977	283.757	252.741	28.785	119.894	585.686	160.762	403.651	1.150.099
2002	332.222	130.858	283.530	269.692	32.124	127.357	601.914	162.982	410.887	1.175.783
2003	333.290	130.469	283.669	293.878	34.978	133.597	627.168	165.447	417.266	1.209.881
2004	333.985	129.503	284.172	355.408	39.192	145.724	689.393	168.695	429.896	1.287.984
2005	335.272	127.930	283.857	377.129	43.156	153.726	712.401	171.086	437.583	1.321.070
2006	338.184	126.594	283.296	396.607	47.499	162.236	734.791	174.093	445.532	1.354.416

Vejez= vejez + otras jubilaciones

Sobrevivencia = viudez + orfandad + montepío + otras sobrevivencias

Fuente: Elaboración equipo de investigación CIEDESS con datos de SAFP y SUSESO.

// Seminario 5 Años del Seguro de Cesantía

Evento organizado por CIEDESS y la Superintendencia de AFP, realizado el día 23 de noviembre de 2007, en el Hotel Santiago Park Plaza. El objetivo fue analizar el funcionamiento del seguro de cesantía al cumplirse cinco años de su puesta en marcha. Se contó con una amplia convocatoria para los dos temas principales. El primero, titulado "Diagnóstico y Perfeccionamiento del Seguro de Cesantía", contó con la exposición de Pamela Gana, Andrea Repetto, Aldo Simonetti, Fabio Bertranou y Solange Berstein, mientras que el segundo, titulado "Funcionamiento y Desafíos del Seguro de Cesantía", contó con la participación de Nicolás Starck, René Muga, Ricardo Ffrench-Davis y Harald Beyer. El cierre del evento estuvo a cargo de la Superintendente de AFP, Solange Berstein.

Fuente: <http://www.ciedess.cl>

// Primer Encuentro de la Seguridad Social

Con gran éxito se realizó el Primer Encuentro Nacional de la Seguridad Social, el día 13 de noviembre, en el Hotel Ritz Carlton. El evento, organizado por CIEDESS, la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile e ICARE, tiene por objeto ser la tribuna que concentre el debate de los principales requerimientos, evaluaciones y proyecciones de la seguridad social. Al encuentro asistieron 250 personas, tanto del sector público como privado. El programa desarrollado abordó grandes temáticas, el que comenzó con el saludo de los organizadores; luego hubo una exposición del Académico de la Universidad de Chile, Joseph Ramos; siguió el panel "Trabajo y Cohesión Social", donde

participaron los señores Pedro Hidalgo, Alfredo Ovalle, Diego Olivares, Sebastián Piñera, Osvaldo Andrade y Carlos Ominami; luego siguió el panel "Ejes de la Reforma Previsional", donde intervinieron Jorge Awad, Paula Benavides, en representación del Director de Presupuestos, y Guillermo Arthur; continuó el análisis de "La Institucionalidad: ¿Más Estado o Mayor Vinculación con Privados?", donde participaron los señores, Nicolás Starck, Renato de la Cerda, Juan Ariztía, Humberto Prieto y Rafael Caviedes; para terminar el cierre con la señora Subsecretaria de Previsión Social, Lissette García.

Fuente: <http://www.ciedess.cl>

// Diputados solicitan incremento de asignaciones familiares

La Cámara de Diputados solicitó a la Presidenta de la República que remita a trámite un proyecto de ley que incremente gradualmente las asignaciones familiares hasta duplicar su valor actual.

Fuente: <http://www.bcn.cl>

// Creación de la Superintendencia de Educación fue aprobada en general en el Senado

La función de esta Superintendencia será la de evaluar y fiscalizar a los sostenedores y establecimientos educacionales reconocidos oficialmente por el Estado, para que cumplan con los estándares establecidos para el sistema educativo.

Fuente: <http://www.bcn.cl>

Agenda Legislativa

Tema: Asignación Familiar

// Ley que otorga reajuste de remuneraciones a los trabajadores del sector público, concede aguinaldos que señala, reajusta las asignaciones familiar y maternal, del subsidio familiar y concede otros beneficios que indica.

Fuente: Ley N° 20.233

Fecha: 06 de diciembre de 2007

La Ley N° 20.233, entre sus disposiciones, modifica el Estatuto General de Cajas de Compensación de Asignación Familiar, Ley N° 18.833

La Ley introduce una importante modificación: los funcionarios del sector público, tanto del sector central como descentralizado, podrán afiliarse a una Caja de Compensación de Asignación Familiar

Tema: Trabajo

// Proyecto de Ley: Establece normas de protección a la madre trabajadora que se desempeñe en sistemas de trabajos por turno.

Fuente: Boletín N° 5473-13

Fecha: 13 de noviembre de 2007

Actualmente el Código del Trabajo protege a la mujer embarazada, establece que: en trabajos considerados por la autoridad como perjudiciales para su salud, deberá ser trasladada, sin reducción de sus remuneraciones, a otro trabajo que no sea perjudicial para su estado, y se entiende, especialmente, como perjudicial todo trabajo que se ejecute en horario nocturno.

El proyecto apunta a ampliar el beneficio a las mujeres cuyos hijos tengan dos años o menos, quienes estarán eximidas de realizar trabajos nocturnos en establecimientos industriales y comerciales, que se ejecuten entre las veintidós y las siete horas, debiendo el empleador trasladarla, sin reducción de sus remuneraciones, a otro trabajo que no sea incompatible con su deber de cuidado.

Tema: Trabajo

// Proyecto de Ley: Establece prohibición de subcontratar labores que corresponden al giro de la empresa principal.

Fuente: Boletín N° 5420-13

Fecha: 18 de octubre 2007

La actual ley de subcontratación tiene una génesis relacionada principalmente con la externalización de servicios secundarios, sin embargo, carece de una limitación expresa respecto de la función o labor que puede ser objeto de subcontratación. El proyecto de ley impide que las empresas puedan subcontratar bajo ningún respecto, labores que sean propias de su giro principal. Su infracción será sancionada con multa de 2.500 UTM a 10.000 UTM.

Tema: Vivienda

// Proyecto de Ley: Modifica la Ley General de Servicios Sanitarios para eximir a las viviendas sociales o subsidiadas de hasta 750 unidades de fomento, del costo de conexión a la red de agua potable y alcantarillado

Fuente: Boletín N° 5502-14

Fecha: 21 de noviembre de 2007

El proyecto de ley pretende evitar que en el caso de viviendas sociales o subsidiadas, las personas beneficiarias no asuman el costo de urbanización que a veces resulta más caro que la vivienda misma. Establece que no quedarán sujetas al cobro de conexión las viviendas sociales o subsidiadas, de hasta 750 unidades de fomento.

Tema: Trabajo

// Proyecto de Ley: Modifica el Código del Trabajo en materia de protección a las remuneraciones

Fuente: Boletín N° 5434-13

Fecha: 30 de octubre 2007

El proyecto tiene por objeto proteger a los trabajadores comisionistas en su remuneración, evitando algunas prácticas que se producen hoy. Señala que la remuneración deberá pagarse en su totalidad una vez ocurrido el hecho que le da origen, no pudiendo fraccionarse el pago en cuotas, además, prohíbe condicionar la contratación de un trabajador o su permanencia en el empleo, a la suscripción de instrumentos financieros, en beneficio del empleador, con el objeto de caucionar futuras obligaciones que tengan por causa directa o indirecta el contrato de trabajo.

Tema: Trabajo

// Proyecto de Ley: Modifica el Código del Trabajo en materia de salarios base

Fuente: Boletín N° 5433-13

Fecha: 30 de octubre 2007

El proyecto establece que el sueldo base no podrá ser inferior a un ingreso mínimo mensual para los trabajadores que tengan jornada ordinaria de trabajo.

Tema: Trabajo

// Proyecto de Ley: Reforma Constitucional que modifica el artículo 19 N° 19 de la Constitución Política, en orden a promover la libertad sindical y establecer la sindicalización automática de los trabajadores

Fuente: Boletín N° 5409-07

Fecha: 17 de octubre 2007

El proyecto alude a que, por el hecho de ser contratado, todo trabajador, salvo expresión de su voluntad en contrario, pasará a integrar, por el sólo ministerio de la ley, el sindicato de la empresa, si lo hubiere. //

