



**CHILE Y LOS CUIDADOS DE LARGO PLAZO
DESTINADOS A PERSONAS >65 AÑOS CON
DEPENDENCIA.**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Alumno: Rosa Ester Gallardo Leal
Profesor Guía: Oscar Landerretche Moreno**

Santiago, Diciembre 2022

1. Introducción

Chile enfrenta una transición demográfica acelerada y con un envejecimiento progresivo. Al año 2022, la población >65 años representa un 12,9% de la población total y se estima que para el año 2050 representará 25,1% (INE, 2017). De las 2.461.364 personas >65 años, el 17,5% vive con dependencia, con una concentración en >80 años (casen, 2017). Una de las causas del aumento de la dependencia, es la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles – ENT, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes, cáncer y enfermedades de memoria como la demencia (OMS, 2015; PAHO, 2017; GBD, 2016; GBD, 2022). Estas enfermedades afectan considerablemente la calidad de vida, aumentando las brechas de expectativa de vida saludable, con una creciente demanda por servicios de salud y ayuda social (Martínez et All, 2021; OCDE, 2020).

Con la disminución de la capacidad funcional, física o cognitiva, la persona requerirá de apoyo para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), demandando cuidados de largo plazo (CLP), por servicios domiciliarios, comunitarios y/o institucionales, presionado los servicios sociosanitarios (OMS, 2015; OCDE, 2021). En todos estos escenarios, el trabajo de CLP es intensivo en mano de obra, intensivo en uso de tiempos y de alto costo (Muir, 2017; Hojman, 2017).

Por lo tanto, enfrentar la dependencia requiere de atenciones y cuidados especializado y específicos, más cuando, los estilos de vida, las redes de apoyo, el nivel socioeconómico y educacional, condicionan la calidad de vida que viven las personas. Es así como los **cuidados de largo plazo** se centran en servicios y atenciones médicas y no médicas que dé respuesta a estos niveles de dependencia, severo a leve (SENAMA, 2009; OCDE, 2020). Para la OMS, los CLP son “las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.” (OMS, 2015:135).

En el caso de Chile, el envejecimiento poblacional más el cambio del perfil epidemiológico tiene costos importantes cuando centramos la discusión en personas en situación de dependencia. Esto se traduce en elevados gastos para el sistema de salud al atender a las personas adultas mayores o con discapacidad severa que, ante la ausencia de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia, terminan requiriendo servicios médicos agudos y de alto costo. En esta realidad, el acceso a los servicios públicos, el primer acercamiento de las personas dependientes es en la atención primaria de salud (APS). En el caso de apoyo social, este está focalizado a personas de extrema vulnerabilidad.

La dependencia es un problema colectivo que impacta a las familias, a la sociedad e instituciones en su conjunto, con aumento en la carga económica individual y estatal por servicios sociales y servicios de salud vinculado a los CLP. Por tanto, con necesidades de cuidados creciente, servicios de alto costo y oferta limitada **¿Cuán lejos está Chile en término de gasto en cuidados de largo plazo destinado a población >65 años comparado con estándares internacionales?**

Para responder esta pregunta, se realizará revisión de caso y análisis comparado, distinguiendo mecanismos de organización, fuentes de financiamiento, criterios para la elección de

beneficiarios y los principales beneficios entregados, así comparar los CLP en países OCDE y países vecinos. Para esto, se consideran políticas y programas implementados de CLP y vislumbrar la oferta disponible, con el objetivo principal de mostrar las políticas más desarrolladas en políticas de cuidado, y de esta forma discutir el rol y los desafíos del país en esta materia.

2. Caracterización del problema | Personas >65 años con dependencia en Chile.

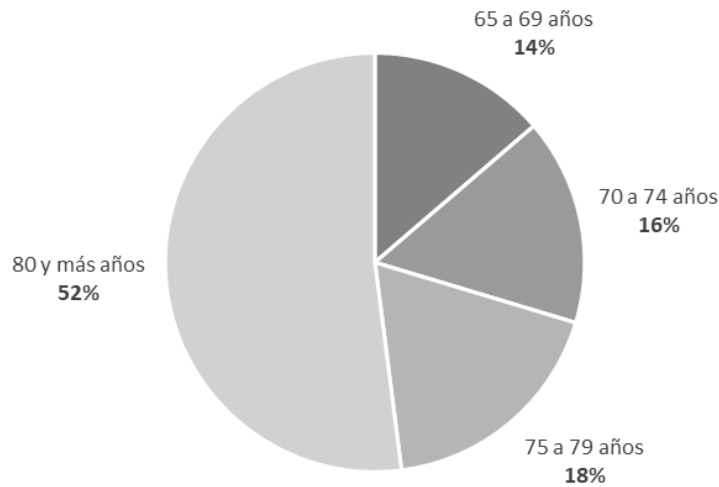
2.1 Caracterización del problema y tensiones técnicas

Con el envejecimiento coexisten factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol, alimentación no saludable, inactividad física y vivir en espacios con contaminación, que favorecen la aparición de enfermedades no transmisibles, ENT (GBD, 2016; ENS, 2017; MINSAL, 2020). Algunas de las más recurrentes son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, neoplasia; demencias neurodegenerativas, entre otras (OMS, 2015; Wubishet BL, Byles JE, Harris ML, Jagger C, 2021). Estas enfermedades suman pérdida de años de vida saludable y varía según situación de pobreza y vulnerabilidad de la población, aumentando a partir de los 75 años (OPS, 2017; GBD, 2019; Martínez et al. 2021).

Sí al debate se incorporan las enfermedades de memoria, los antecedentes no son alentadores. La prevalencia por demencia se estima que aumentará 181% (491.617) al año 2050 respecto al año 2019 (174.921) (GBD, 2022). Además, la demencia es una enfermedad neurodegenerativa, que a la fecha es incurable. Sin embargo, el desarrollo de la demencia se puede retrasar o incluso prevenir, ya que se han identificado numerosos factores de riesgo modificables, tales como los hábitos (Hussein, 2022; Ibáñez, A., Slachevsky, A., Serrano, C., 2020) Por tanto, integrar una dieta balanceada, mantener una vida activa, es fundamental para favorecer una esperanza de vida saludable (Hussein, 2022; OMS, 2015; Martínez et all, 2021; Kaur et all, 2019)

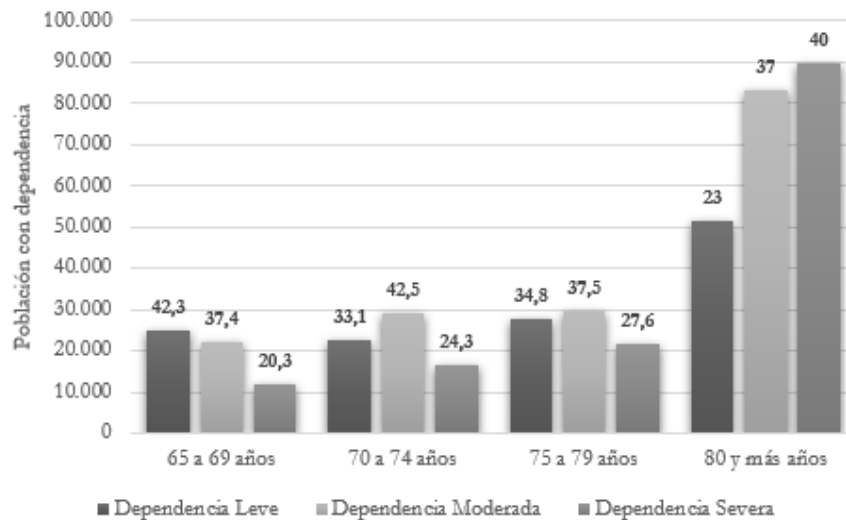
En Chile, el 17,5% (431.680) de la población >65 años vive con algún grado de dependencia, con un aumento abrupto en >80 años, concentrando el 52%, (fig. 1) con tendencia creciente en dependencia moderada y severa (fig. 2). Además, del total de personas con dependencia, 2/3 son mujeres (Casen, 2017).

Fig.1 - Población >65 años con dependencia por rango de edad.



Fuente: Elaboración con base CASEN 2017

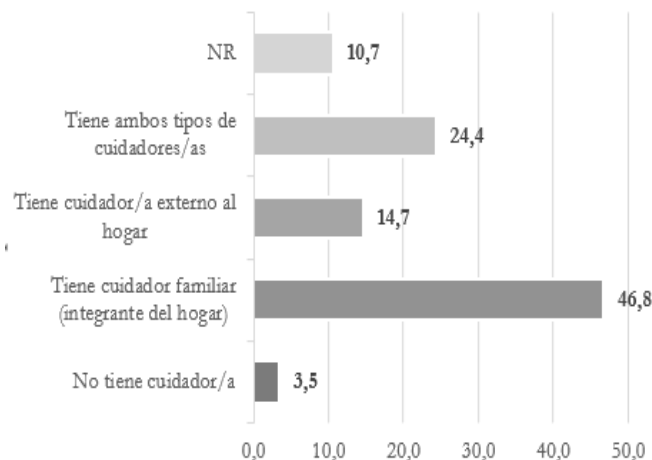
Fig.2 - Distribución de Población >65 años según nivel de dependencia



Fuente: Elaboración con base CASEN 2017

Con referencia a la asistencia personal en personas con dependencia >65 años, se observa que la recepción de cuidado personal es de 85,8%. Al segmentarse según quien provee el cuidado, el 46,8% es proporcionado por un familiar, 24,4% por cuidado mixto (familiar y externo), 14,7% tiene cuidados externos, 10,7% no responde y 3,5% no tiene cuidador (ver fig. 3). Estas cifras son reveladoras sobre el origen de la provisión del cuidado, concentrando la responsabilidad en las familias y quien no dispone de esas redes familiares quedan desprovistos de cuidados. Asimismo, 2/3 de quien provee cuidados son mujeres cuidadoras. Esta tendencia se mantiene entre los años 2015 y 2017 (CASEN 2015 -2017)

Fig.3 - Recepción de asistencia personal en población >65 años con dependencia



Fuente: Elaboración con base CASEN 2017

Con el aumento de personas mayores con dependencia, se visibiliza la creciente demanda por CLP, en específico, por atención domiciliaria, cuidados comunitarios y/o institucional, sea de carácter parcial o permanente. Los servicios CLP están orientados a ayudar a personas con pérdida de autonomía, que, según el nivel de dependencia, necesitaran asistencia y apoyo de otras personas para realizar las ABVD y AIVD, tales como: higiene, traslados, visitas médicas, cocinar o alimentarse, pagar cuentas, administración de medicamentos, traslados, por mencionar algunas actividades.

Además, si sumamos al debate los costos de CLP este tiene una estimación aproximada de 760 USD per cápita mensual (Muir, 2017) equivalente a dos sueldos mínimos de Chile. En paralelo, el costo por demencia asciende a US \$1.463 mensuales por paciente, con un costo anual de la demencia en Chile de US\$ 17.559, que, según distribución, el 20% de los gastos corresponden a costo directo, 5% a costo social directo y 75% a costo social indirecto (Hojman, Duarte, Ruiz-Tagle, Budnich, Delgado, Slachevsky, 2017).

Resumiendo, estos antecedentes revelan la necesidad de acceso a prestaciones de salud especializada, servicios de CLP y apoyo en las necesidades de cuidado para el paciente, con un debate constante entre demanda de servicios y oferta presente en el sistema (Rossel, 2016).

2.2 Políticas gubernamentales CLP en Chile

Las políticas e instituciones vinculadas al envejecimiento y cuidados a largo plazo se caracterizan por entregar prestaciones de salud y asistencia social, implementados por medio del Ministerio de Salud (MINSAL) y Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDS). Los Ministerios promueven y albergan políticas y programas, con una estructura institucional, presupuesto anual, participación de actores públicos y privados. Igualmente, diseñan, implementan y evalúan procesos, protocolos relacionados al envejecimiento y cuidado de largo plazo. Estas pueden traducirse en transferencias, programas para facilitar el acceso a servicios sociales, servicios de

apoyo y cuidado, de carácter contributivas / no contributivas, y/o legislación y políticas para la equidad y la no discriminación.

En nuestro país, los CLP se caracterizan por ser servicios directos que incluyen atención médica, atención domiciliaria, cuidado en residenciales, capacitación a los cuidadores, alimentación, alojamiento, entre las principales. Actualmente, el acceso a servicios públicos de CLP de ayuda social, son focalizados a población con menor a 60% de vulnerabilidad según RSH y según disponibilidad de cupos. En el acceso a prestaciones médicas, son de acceso universal en Atención Primaria de Salud, APS. Asimismo, las iniciativas integran políticas de promoción de salud y prevención de enfermedades. Para profundizar, en el apartado 2.2.1 y 2.2.2 se presentarán las políticas de apoyo a personas con necesidad de CLP (ver anexo: tabla 1 y 2)

Solo a modo informativo, Chile ha publicado normativas para la protección integral del envejecimiento activo y saludable, así proteger la adultez mayor, entre las leyes que destacamos está la ley 20.427 que modifica la ley 20.066 (VIF) para incluir el Maltrato al Adulto Mayor, considerando el maltrato físico, económico, patrimonial, abandono o abuso. Así también, se cuenta con la ley 21.013, que modifica el código penal e incorpora nuevas penas, sobre conductas que involucren violencia o maltrato psíquico o físico, en contra de menores de edad, adultos mayores o personas en situación de discapacidad.

2.2.1 Políticas de apoyo al cuidado a largo plazo implementados por MINSAL

El primer acercamiento de las personas mayores a las prestaciones de salud es la Atención Primaria, APS, enmarcada en el Plan de Salud Familiar. Recordemos que el sistema de salud chileno está compuesto por un sistema mixto y coexiste un sistema público con FONASA, Fondo Nacional de Salud, y uno privado denominado ISAPRE, Instituciones de Salud Previsional. El financiamiento está compuesto por: cotización obligatoria de la renta imponible (7%), aporte fiscal directo o transferencias corrientes, copago de beneficiarios, seguro de accidentes y enfermedades profesionales (Aguayo, 2018). De la población >60 años, el 84,9% está afiliada a FONASA. Entonces, podemos desprender que las personas en algún momento accederán a los servicios disponibles del sistema de salud público, sea en atenciones médicas, exámenes, garantías explícitas de salud (GES), entre otras.

Entre las iniciativas que estaban dirigidas a prevenir y enfrentar los CLP, podemos mencionar: el año 1995 se incorpora la evaluación funcional adulto mayor (EFAM) y el año 2002, con el objetivo de **garantizar un acceso libre e igualitario de la población a la salud**, se enviaron cinco proyectos de ley que conformaron la **Reforma de la Salud**, orientados a garantizar igualdad de derechos a todos los chilenos a través de la implementación de políticas públicas basadas en equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación.

El año 2004, se establece el Régimen Garantías Explícitas de Salud, **GES** (ley 19.966), creando un plan de salud obligatorio para FONASA e Isapres, garantizando el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera. La incorporación de enfermedades cubiertas tiene el carácter de gradual, el año 2006 las prestaciones atendidas fueron de 56, aumentando a 85 al año 2021. Ese mismo año, se ajusta el control de salud AMayor integrando mediciones antropométricas, evaluación de la presencia de redes de apoyo, riesgo de caídas, presencia de

trastorno de ánimo y sospecha de Maltrato. El EMPAM es de carácter universal y está cubierto por GES.

El año 2006 se implementa el **programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa**, PADI, entregando atención de salud integral a la persona con dependencia severa, cuidador(a) y familia, en su domicilio, potenciando su recuperación, rehabilitación y el acompañamiento a la persona dependiente, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios. El presupuesto del año 2021 fue de M\$ 696.225 con una atención de 7.083 personas, equivalente a \$98.295 pesos anuales por usuario (SES-DIPRES, 2022)

El año 2017 inicia el **Plan Nacional de Demencia** que se sustenta ante el aumento de enfermedades de memoria y la necesidad de abordar esta condición en los distintos niveles de salud. En el caso de Chile, se estima que el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia y en 2050, 3.10% de la población padecerá de esta (Slachevsky et al., 2012). El programa comenzó su implementación en las regiones con unidades de memoria: Los Lagos, Magallanes y Antártica Chilena, Metropolitana de Santiago. Y se ejecuta por terceros: Servicio o Institución Pública, Corporaciones Municipal, Municipio (MDS, 2017). El presupuesto del año 2021 fue de M\$ 2.922.485 con una atención de 4.712 personas, equivalente a \$620.221 pesos anuales por usuario (SES-DIPRES, 2022)

El año 2019, se integró el **GES 85** que incorpora la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En paralelo, para un acceso expedito, en diciembre, se publicó la ley 21.168 que modifica la ley 20.584, a fin de crear el derecho de atención preferente y oportuna a adultos mayores y personas con discapacidad en acciones de Salud, integrando todos los prestadores de salud.

En paralelo, en los hospitales de alta complejidad está inserta la Unidad Geriátrica de Agudos y Cuidados de Fin de Vida (UGA) que presta atención interdisciplinaria y especializada a adultos mayores con algún grado de dependencia. El principal objetivo de una UGA es brindar una atención integral, oportuna, segura y continua a las personas mayores durante su proceso de hospitalización, tratando de forma efectiva la condición clínica de cuidado con el fin de disminuir el deterioro de su funcionalidad y discapacidad (MINSAL, 2018)

Adicionalmente, Fonasa gestiona convenios con los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores ELEAM y en el año 2020 otorgó atención a 1.721 personas, de las cuales el 70% corresponde a población residente en hogares de la Fundación Las Rosas. Estos convenios se traducen en más de M\$6.800.000 pesos transferidos a ELEAM y en un aporte estimado de casi \$4.000.000 pesos por persona (superintendencia de salud, 2020).

En otras iniciativas de apoyo a los CLP, MINSAL desarrolla otras iniciativas como:

- Programas de vacunación,
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)
- Pañales para adulto mayor y personas en situación de discapacidad
- Entrega de lentes, audífonos, bastones y sillas de ruedas.

Resumiendo, se observa que las iniciativas implementadas desde el MINSAL, promueven en primer lugar el acceso y cobertura a la atención médica en APS y con el gasto integrado en GES, con la finalidad de prevenir factores de riesgo de caer en dependencia. Las evaluaciones permiten

determinar el estado de salud de la persona y según sean los resultados diseñar planes de acompañamiento para mejorar la calidad de vida, activando los programas y políticas preventivas que favorezcan el bienestar en el largo plazo, integrando la mirada bio-psico-social en la atención,

2.2.2 Políticas de apoyo al cuidado de largo plazo implementados por MDS

El año 2003 inician las funciones del **Servicio Nacional del Adulto Mayor** (SENAMA) y tiene por misión “fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas. SENAMA desglosa su presupuesto en dos públicos: 1. población autovalente, promoviendo la funcionalidad de la persona y 2. población con necesidades de cuidados, con algún grado de dependencia.

Son 6 las iniciativas de CLP implementadas por SENAMA (ver anexo: tabla 3). Cinco de ellas con transferencia al sector público: establecimientos de larga estadía – ELEAM (M\$ 9.816.549 | 1.065); fondo subsidios ELEAM (M\$ 8.081.310 | 6.230); fondo nacional del adulto mayor, ejecutores intermedios - FNAM (\$456.000.000 | 300); Centros diurnos del adulto mayor – CEDIAM (M\$ 6.432.608 | 6.653); Cuidados domiciliarios (M\$1.573.721 | 1.218), y, solo Conapran (M\$ 1.791.494 | 436), recibió transferencia al sector privado (SES-DIPRES, 2022; SENAMA - transparencia, 2022).

Por último, la Subsecretaría de Servicios Sociales (SSS) integra en su partida presupuestaria Red Local de Apoyos y Cuidados – SNAC que plantea integrar los programas de cuidado presentes en la red pública. En el periodo 2014 – 2018, uno de los desafíos del sistema de protección social fue el diseño e implementación gradual del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes y a su red de apoyo. En ese contexto, el año 2016, en el marco del lanzamiento del SNAC, inicia el **Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC)**, con la característica de tener un diseño sin plazo de término.

El programa contribuye a que las personas en situación de dependencia funcional moderada o severa mantengan o mejoren el desarrollo de las actividades básicas y situaciones de la vida diaria, y que las personas cuidadoras principales mantengan o disminuyan su nivel de sobrecarga. Los distintos servicios disponibles: a) Diseño de un Plan de cuidados; b) Servicio de atención domiciliaria; c) Servicios especializados. Actualmente, el programa se ejecuta en 72 municipios distribuidos en las 16 regiones del país, equivalente al 20,8% del total de comunas del país (Chile atiende, 2022). El presupuesto ejecutado del año 2021 reportado por SSS vía transparencia fue de M\$6.751.830 con una atención de 8.718 personas de las cuales 3.339 corresponden a personas dependientes >65 años, con un estimado de M\$2.585.955 y anual por persona de \$774.470 pesos anuales por usuario (estimado) (SSS - transparencia, 2022).

3. Metodología

La metodología que utiliza esta investigación es de enfoque mixto. Por una parte, corresponde a una revisión bibliográfica basada en análisis de datos secundarios y por otra, al levantamiento y sistematización del gasto en cuidados de largo plazo en Chile. El objetivo es recolectar y analizar las iniciativas CLP que estén en desarrollo en el país. En segundo lugar, se exponen casos de países con mayor desarrollo en las políticas de cuidados de largo plazo y con ello, visualizar las cercanías y distancias en la implementación de sistemas, políticas y programas del tema de estudio.

Por tanto, como orden de exposición se trabajará en:

- Caracterización de la población >65 años con dependencia y necesidades de CLP en Chile.
- Políticas programáticas de CLP en Chile destinadas a personas en situación de dependencia.
- Sistematización de iniciativas con mayor desarrollo en CLP: caso chileno y comparado.

En el estudio de casos se consideran las variables: esperanza de vida, porcentaje de personas >65 años respecto a la población nacional, porcentaje de gasto del PIB en CLP. Con ello se identifican los casos con políticas más desarrolladas en CLP. Solo a modo de contexto, se integra en anexos las características del estado de bienestar y la mirada sobre protección social (tabla 3 y 4). Sin embargo, esta no es una variable que sea excluyente en la selección del estudio comparado. Los países con mayor desarrollo en iniciativas en CLP son: Australia, Alemania, Reino Unido, Países Bajos, Suecia. Lo interesante de estas experiencias que sin eludir las características culturales, la diversidad en la concepción del estado y de la protección social, estos países coinciden en delinear sistemas, políticas y programas de calidad para personas que necesitan cuidados de largo plazo, que integre sostenibilidad fiscal, reducción de la desigualdad de acceso a los servicios y prestaciones según grado de dependencia, normativas que facilitan la fiscalización de los servicios, como algunas de las características de interés. Con el ánimo de explorar iniciativas regionales, se integran dos experiencias de la región: Uruguay y Costa Rica, ambos países han incorporado sistemas nacionales de cuidados, con prioridades y énfasis que serán útiles de observar.

Como fuentes de información se consideró papers de revistas académicas, documentos de trabajo, documentos institucionales y documentos oficiales de los países estudiados. La selección de documentos siguió los siguientes pasos:

- Se realizó un filtro inicial por título de los documentos. Este debía hacer alusión directa al tema de interés.
- La segunda selección a través de los abstract, resúmenes ejecutivos y/o índices de los documentos.

En el caso de la identificación de las políticas programáticas, se realizó de siguiente manera:

- Análisis de los documentos estadísticas disponibles (Casen, Censo, INE, ENE, SENAMA, BIPS, EPG, Minsal, MDS, Minvu, Dipres) que permiten observar la situación de las personas dependientes y los cuidados relacionados.
- Se realizó filtro en la población beneficiaria: dependientes >65 años, criterios para la elección de beneficiarios y los principales beneficios entregados.

- Para la revisión de estadísticas internacionales se consideraron estadísticas del Banco Mundial, OCDEstat, OMS, The Lancet, Portal de indicadores básicos – PAHO, entre los más relevantes.

3.1 Limitaciones metodológicas

Las limitaciones metodológicas se pueden subdividir en:

1. Los reportes de programas sociales consideran la variable discapacidad, pero no integra la variable dependencia, lo que afecta la identificación de beneficiarios totales y presupuesto destinado en iniciativas de CLP.
2. Existe la plataforma Chile Cuida que es de carácter informativo de iniciativas sociales, enumerando los programas existentes por región y comuna, con una breve descripción de ellos. Sin embargo, carece de distribución según necesidad y público objetivo, de características de selección para postular servicios de CLP.
3. En consideración de lo anterior, se realizó un levantamiento y sistematización manual de las iniciativas públicas. Para ello, se revisaron partidas presupuestarias, normativas vigentes, balances integrales, BIPS, objetivos y público beneficiario por programa, para establecer si el programa era vinculante o no a los CLP y dependencia, por lo que existe una ventana de iniciativas que puede no estar contabilizada en la sistematización de programas.
4. La investigación no contabiliza los subsidios y bonificaciones otorgados a personas dependientes, que hayan recibido otros apoyos que son de ayuda al bienestar, ejemplo, PGU.
5. La investigación no considera políticas y programas dirigidos a los cuidadores, sólo se menciona como antecedente de contexto.

Aunque existen limitaciones en esta investigación, la posibilidad de realizar levantamiento de información de forma manual, permite aproximarse resultados concluyentes.

3.2 Ventajas metodología

Esta metodología permite explorar antecedentes en distintas dimensiones y proporciona una comprensión más completa del problema de investigación, ejemplo, es la revisión de diversos instrumentos que permiten verificar antecedentes. Es así, que la metodología de enfoque mixto se escogió para ampliar la búsqueda y reducir omisiones.

4. Revisión de casos internacionales.

La presentación de casos dispone de dos líneas. La primera presenta países con mayor desarrollo en CLP, países OCDE que comparten características comunes: transición demográfica gradual, característica que ha permitido a los países ajustar políticas y programas para atender el envejecimiento poblacional y el aumento de demanda por CLP. La segunda, comparte experiencias de América latina, que comparten una transición demográfica acelerada, con sistemas de cuidados recientes y en la mayor parte de la región, son inexistentes.

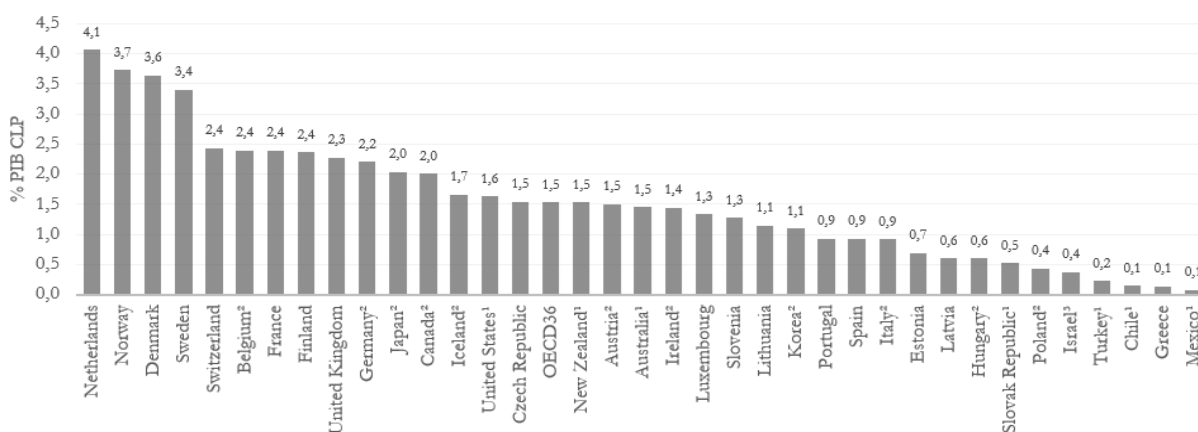
4.1 Casos OCDE y Australia

Los países a analizar coinciden en integrar servicios socio-sanitarios, vinculados a instituciones especializadas, basado en: 1) prestación de servicios en cuidados en el hogar (Home based services), son los servicios de asistencia en cuidados personales que ayudan a realizar ABVD; centros de día; 2) prestaciones de servicios en cuidados institucionales, como es el caso de la atención residencial o servicios residenciales de larga duración geriátricas, donde los servicios se proporcionan fuera del hogar; 3) prestaciones económicas para cuidados; 4) apoyo telemático; 5) programas de prevención y promoción de autonomía. Los sistemas más avanzados en CLP incluyen beneficios para los cuidadores, como subsidios, permisos de ausencia laboral, entrenamiento y capacitación, y servicios de relevos (respite care) para la persona cuidadora (Scheil-Adlung, 2015; Huenchuan, S., 2018; Matus-López, 2015; Salvador, 2015, OCDE, 2021).

Respecto a los mecanismos de financiamiento de servicios CLP, los países integran instrumentos y modelos para recaudar y financiar programas, sea por esquemas gubernamentales, seguro de salud obligatorio, seguro de salud voluntario, copago (pago de bolsillo), impuesto (colombo et all, 2011) (ver anexo: tabla 6). Asimismo, el gasto público según el informe “Health at a Glance 2021” indica que el promedio que destinan los países OCDE36 a CLP es de 1,5% del PIB, oscilando entre el 0,1% al 4,1% según país, siendo los países bajos quienes destinan mayor porcentaje del PIB a CLP versus Chile, Portugal que destinan 0,1% a este ítem (OCDE, 2021) (ver fig. 3).

La demanda por CLP es creciente debido al aumento del envejecimiento y de la dependencia de la población mayor. Estos cuidados y costo vinculados a la atención domiciliaria o institucional para necesidades graves es de 760 USD o 1400 USD per cápita en el caso de demencia (Muir, 2017; Hojman, 2017).

Fig. 3 Gasto en cuidados de larga duración (componentes sanitarios y sociales) por gobierno y regímenes de seguro obligatorio, como porcentaje del PIB, 2019 (o año más cercano) OCDE



Fuente: Elaboración con base Datos OCDE “Health at a Glance 2021”

Es por ello, que se presentan los casos con mayor desarrollo en esta materia: Australia, Alemania, Reino Unido, Países Bajos y Suecia.

4.1.1 Australia.

Cuenta con un sistema de salud de acceso universal | My Aged Care, con una fuerte base estatal tanto de financiamiento como de funcionamiento, normado en la Ley de atención a las personas mayores, 1997, cubre la atención a las personas mayores financiada por el gobierno. Establece reglas para el financiamiento, regulación, aprobación de los proveedores, derechos y calidad de atención. En paralelo, las leyes sobre diversidad y discriminación también se aplican al cuidado de personas mayores. El financiamiento y regulación de CLP corresponde al Gobierno de la Commonwealth (mancomunado) de Australia, con participación de los tres niveles de gobierno que están involucrados. El gobierno paga la mayoría de la atención a las personas mayores y en determinados casos se requieren copagos. Este sistema busca garantizar a todos los Australianos, independientemente de sus circunstancias personales, el acceso a la atención sanitaria a un costo asequible (o sin costo alguno), servicio que es complementado con la participación del sector privado de aseguradoras. La cobertura en atención, apoyo en el hogar y atención residencial, benefició a más de 1,5 millones de personas recibieron algún tipo de atención CLP. Del presupuesto destinado, el 60% del gasto en atención a personas mayores se concentra en cuidado residencial (830) para ancianos y 40% del gasto se destina a home care (939), home support, flexible care (128), otra necesidad de cuidado. El presupuesto para los CLP es de 23 Billones de dólares Australianos (GEN AU, 2020-21). (Department of Health and aged care, 2022).

4.1.2 Alemania.

Posee un esquema de seguros para cuidados de largo plazo | *Pflegeversicherung*, que se enmarca dentro del sistema de seguridad social del país. El esquema fue integrado en 1995 (Long Term-Care Act) y establece un seguro obligatorio para los residentes del país, con el fin de cubrir las necesidades de cuidado de personas que no pueden vivir independientemente. Las tasas de cotización al Seguro de Cuidados a Largo Plazo (impuesto sobre la nómina) se incrementan en 0,5 puntos de tasa. Esto asegura cinco mil millones de euros adicionales al año para obtener mejores beneficios. Se dedican 1.200 millones de euros a los nuevos Fondos de Reserva de Capital. El año 2014, 2015, 2016, el gobierno federal de la CDU-SPD aprobó la Ley de Fortalecimiento de la Atención a Largo Plazo | *Pflegestärkungsgesetz* (PSG I, II, III), normativas que ampliaron cobertura y realizaron ajustes en los criterios para la valoración asistencial (Pflege, 2022). Por último, el presupuesto destinado a CLP es de 2,2% del PIB (OCDE, 2021)

4.1.3 Reino Unido.

Tiene un sistema de salud universal, integrando un enfoque preventivo. El Servicio Nacional de Salud (National Health Service - NHS) es la entidad pública de prestaciones sanitarias del Reino Unido. El NHS es financiado por los impuestos y presupuesto nacional, proporciona todos los niveles de atención médica desde atención primaria hasta hospitalaria y los servicios en su mayoría son gratuitos, con excepciones como recetas médicas, optometría (oftalmología), odontología. Integra un plan a largo plazo que considera el apoyo a las personas a envejecer bien, asegurando tratamiento y atención de alta calidad a los pacientes y sus familias. Ofrece atención médica a raíz de la necesidad de la persona, no de la capacidad de pago de estas. En ese escenario, los CLP y cuidados continuos existe el NHS continuing healthcare, destinado a personas con necesidades

de salud complejas y de largo plazo. Los beneficios, en el caso de ser evaluados con “necesidad primaria de salud” son utilizados fuera de un hospital en: Cuidados en el hogar: incluye servicios de profesionales como enfermeros o terapeutas, así como cuidados personales (bañarse, vestirse, aseo); Cuidados en instituciones especializadas: pago por los costos del hogar, incluyendo comida y alojamiento. (NHS, 2020). Por último, el presupuesto destinado a CLP es de 1,4% del PIB (OCDE, 2021)

4.1.4 Países Bajos.

El Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte (VWS) es el responsable de CLP, el cual está acompañado del slogan “Holanda saludable y bien”. La propuesta del VWS es mantener a todos sanos el mayor tiempo posible y restaurar la salud de los enfermos lo antes posible. El ministerio también busca apoyar a las personas con una limitación física o mental y promover la participación social. El Ministerio de VWS en conjunto con las aseguradoras de salud, los proveedores de atención médica y las organizaciones de pacientes, garantiza que exista suficientes instalaciones y que las personas tengan suficientes opciones. El año 2015, Holanda fue el primer país en introducir un plan de seguro social obligatorio universal para cubrir una amplia gama de servicios de CLP (que se considera una variedad de entornos de atención, sumado a la Ley de gastos médicos excepcionales. En virtud de la Ley de apoyo social (OMM 2015), los municipios entregan apoyo no médico, como actividades diurnas o ayuda doméstica, apoyo a los cuidadores informales. Por último, el presupuesto destinado a CLP es de 2,2% del PIB (OCDE, 2021). El presupuesto destinado a CLP es de 4,1% del PIB (OCDE, 2021)

4.1.5 Suecia

Su estado de bienestar presenta un alto nivel de protección social basado en los principios de cobertura universal y solidaridad, en un amplio sector público, una baja tasa de desempleo, una reglamentación del mercado de trabajo sobre la base de acuerdos colectivos y unas tasas de crecimiento relativamente elevadas. El cuidado de personas mayores y de cuidado de largo plazo se rige por la Ley de servicios sociales. En el año 1992, se reestructuró el programa de CLP trasladando la responsabilidad principal a los municipios, en un esfuerzo por simplificar e integrar los sistemas de entrega, que está subvencionada por impuestos locales y gubernamentales (OCDE, 2011). El presupuesto destinado a CLP es de 3,4% del PIB (OCDE, 2021)

4.2 Casos de ALC: Sistemas Nacionales de cuidados Costa Rica y Uruguay.

En el caso de América latina existen dos países que han integrado sistemas de cuidados con énfasis en la dependencia: Costa Rica (2021) y Uruguay (2015). A continuación, se presenta ambas experiencias:

4.2.1 Costa Rica

Mediante el Decreto Ejecutivo 42878-MP-MDHIS del 3 de marzo del 2021, se crea el Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia (SNC). Es de acceso universal y tiene como objetivo la implementación progresiva de un sistema de promoción de la autonomía, de apoyo a los cuidados y de atención a la población en situación de dependencia”. Entre las prestaciones, incluye cuatro tipos de servicios: asistencia domiciliaria, atención residencial,

centros de día y teleasistencia. Los servicios se prestan según el grado de dependencia del individuo, que puede ser leve, moderado y grave. La oferta individual se establecerá luego de aplicar el baremo. También incluye a los cuidadores como beneficiarios del sistema. Son beneficiarias todas las personas de 65 y más años. En la actualidad, los servicios provistos directamente por el Estado son escasos. Son gestionados, en su mayoría, por organizaciones sin lucro que operan con transferencias públicas para atender a personas en pobreza. El SNC incorpora copago para ampliar la oferta de servicios a personas no pobres. Por último, se estima que al año 2030 el presupuesto alcanzará los 0,8% del PIB (Chaverri-Carvajal & Matus López, 2021)

4.2.2 Uruguay.

Con la aprobación de la Ley 19,353 de diciembre de 2015, se crea en Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). El Sistema Nacional de Cuidados promueve la implementación de políticas públicas destinadas a atender las necesidades de personas mayores de 65 años en situación de dependencia, niños de 0 a 3 años (destina el 60% del presupuesto a la primera infancia) y personas con discapacidad severa. Para el periodo 2021 -2025, el plan nacional de cuidados considera prestaciones destinadas personas mayores con dependencia: I) asistentes personales, que consiste en prestación económica destinada a la contratación de un servicio de asistente personal para colaborar en el desarrollo de las actividades diarias de las personas con dependencia severa, >80 años, con una distribución de 80 horas mensuales; II) teleasistencia en casa, basado en una prestación económica destinada a la contratación de un servicio de teleasistencia en casa, a través de un dispositivo que le permite al usuario recibir ayuda en situaciones de emergencia, destinado a personas con dependencia leve o moderada. La solicitud de beneficios se realiza por medio del portal de cuidados (0800 1811), por medio de la página web o en oficinas del MIDES, donde se coordinará la evaluación de dependencia (baremo de dependencia) y considerar el proceso de certificación de competencias. (Aranco, N., Sorio, R (2019). Por último, se estima presupuesto que se destina a la dependencia de personas mayores es de 0,1% del PIB (Chaverri-Carvajal & Matus López, 2021; Colacce, M., Manzi, P, 201; Ministerio de Salud Uruguay, 2021)

En resumen, en el caso de los países europeos, coinciden en la integración de sus sistemas, políticas en empleo, jubilación, salud, finanzas, bienestar material y elementos de calidad de vida para la ciudadanía, que son la base en sus comunidades y, por tanto, integran la CLP, planes de largo plazo, destinando porcentaje del PIB para proveer de servicios sociales y de salud de calidad (ver tabla 8), integrando normativas específicas, de acceso a beneficios, los tipos de cuidados, instrumento de evaluación (ver Anexo: tabla 7), pautas de elegibilidad según nivel de necesidad de cuidados, mecanismo de financiamiento (Impuesto, seguros, copago, otros) y organismo fiscalizador de CLP (ver tabla 9).

Además, los beneficios monetarios están estandarizados por tipo de cuidado, con tarifa diaria, mensual y anual. El acceso a la información es accesible por medio de páginas web, donde se puede solicitar evaluación para acceder a los programas de apoyo a CLP.

Las iniciativas de home care consideran una amplia gama de necesidades de las personas, así pueden ser cuidadas y apoyadas en sus hogares, retrasando la institucionalización por dependencia.

Por último, con el afán de mantener y mejorar la calidad de los servicios y que las atenciones estén ajustadas y centradas en la persona, los países están incorporando normativas que entreguen facultades para monitorear a los prestadores de servicios de atención que permita mejorar calidad e identificar acciones de fraude

Tabla 8: Esperanza de vida, gasto público en salud y gasto CLP en relación al PIB

País	Esperanza de vida al nacer (2021) [1]	% >65 años (2021) [2]	PIB año 2021 US\$ [6]	Gasto % PIB Salud 2021 [3]	Estimación % PIB Salud 2030 [4]	% PIB CLP 2019 [5]	% PIB CLP Salud [5]	% PIB LTC social [5]
OCDE	80,7			8,8	10,2	1,5	1,3	0,4
Australia	83,2 (2020)	16,8%	1.528.228,23	10,6 E	13,0	23.6 Billions	P	P
Alemania	80,9	22%	4.350.736,25	12,8 (P)	12,3	2,2%	1,5	0,0
Reino Unido	80,4 (2020) E	19%	3.170.239,38	11,9 (P)	11,4	1,4%	1,2	0,3
Países Bajos	81,5	19,8%	1.011.575,24	11,2 (2020)	12	4,1%	2,5	1,2
Suecia	83,2	20,1%	646.115,19	11,4 (P)	13	3,4%	2,7	0,5
Chile	81(P)	12,5%	298.640,74	9,1 (P)		0,1%		
España	83,3	19,8%	1.432.586,05	10,7 (2020)		0,9%		
Costa Rica	80,4	10,3%	59.926,09			0,8% (proyección a 10 años)		
Uruguay	77,7	15,1%	54.304,66			0,1%		

Fuente: Elaboración propia con base en:

[1] OCDE. Health status - life expectancy. [click](#)

[2] OCDE. Demographic references, population age structure. [click](#)

[3] OCDE (2021). Health expenditure as a share of GDP, 2019 (or nearest year) and 2020 | Health expenditure as a share of GDP, 2021 [click](#)

[4] Lorenzoni, L., et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", OECD Health Working Papers, N 110 [click](#)

[5] OECD (2021), "Long-term care spending and unit costs", in Health at a Glance 2021. [click](#)

[6] BM. Ingreso nacional bruto (ING) (US\$) [click](#)

[7] Chaverri-Carvajal & Matus López, 2021)

Tabla 9: Cuidados de largo plazo según marco legal, característica de acceso y origen del financiamiento

País	Marco Legal CLP	Característica CLP	Financiamiento CLP
OCDE	UE plan de acción del pilar europeo de derechos sociales al 2030		
Australia	Ley de la Comisión de Calidad y Seguridad del Cuidado de Ancianos de 2018 Acuerdo Nacional de Discapacidad 2009 Ley de Atención a la Tercera Edad 1997	Acceso universal a la atención CLP en base a una evaluación de necesidades	<ul style="list-style-type: none"> - Impuestos generales gobierno central (74%) - Seguro privado (1,1%) - Copago (20,7) - Otras fuentes impuestos generales regionales (3,8%)
Alemania	Ley de atención a largo plazo, 1995 Ley de Fortalecimiento Atención a Largo Plazo, PSG I (2015) Ley de Fortalecimiento de la Ley de Atención a Largo Plazo, PSG II (2016) Ley de Reforma MDK (2017)	Sistema de reparto (seguro social)	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuciones (Mancomunación de riesgos a través del seguro social) - Impuesto sobre nómina (trabajo) - Copagos obligatorios - Seguro Obligatorio CLP
Reino Unido	Marco de Servicio Nacional para Condiciones de Largo Plazo (2005) Ley de Salud y Asistencia Social	Acceso universal NHS cuidado continuo Combinación de regímenes y sistemas (Salud y Asistencia Social)	<ul style="list-style-type: none"> - Mixto (impuestos y seguro social) - Copagos obligatorios
Países Bajos (Holanda)	Ley de atención a largo plazo, WLZ (2015) Ley de gastos médicos excepcionales, AWBZ Ley de apoyo social Seguro médico público universal CLP Régimen de seguro médico público universal CLP Ley de Atención Crónica	Sustentabilidad financiera Incrementar calidad CLP Centrado en la Persona	<ul style="list-style-type: none"> - El financiamiento es principalmente público, a través de primas, ingresos fiscales y subvenciones gubernamentales.
Suecia	Ley de Servicios Sociales	Sistema Integral CLP	<ul style="list-style-type: none"> - Impuestos - Copagos obligatorios
Costa Rica	Decreto Ejecutivo 42878-MP-MDHIS (2021)	Acceso universal	<ul style="list-style-type: none"> - Impuestos generales - Copago
Uruguay	Ley de creación del SNIC (2015)	Sistema universal	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios - Copago

Fuente: Elaboración con base en:

The Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. Review of International Systems for Long Term Care of Older People (2020) [Click](#)
 Sistemas Nacionales de Salud con Plan Garantizado: Australia y Estados Unidos de América. (2019, December 30). [Click](#)
 National Health Service – NHS [Click](#)
 Aranco, N., Sorio, R (2021); Chaverri-Carvajal & Matus López, (2021); Colacce, M., Manzi, P (2017).

5. Conclusiones

En cuanto a la pregunta guía de esta investigación *¿Cuán lejos está Chile en término de gasto en cuidados de largo plazo destinado a población >65 años comparado con estándares internacionales?* se observa lo siguiente:

En términos normativos, los países incorporan leyes específicas para establecer los CLP, que establecen las condiciones de servicio, acceso a beneficios, evaluación de salud, fiscalización a institucional care y home care, protección a la adultez mayor, entre otras. En el caso de nuestro país, leyes específicas sobre CLP son inexistentes. No obstante, se ha legislado para incorporar protección de la vejez en contexto familiar, con cambios en el código penal. Además, se han ratificado instrumentos internacionales en la materia¹.

En materia de salud, el financiamiento del sistema de salud chileno es mixto, similar a los países estudiados considera: cotización obligatoria de la renta imponible (7%), aporte fiscal directo o transferencias corrientes, copago de beneficiarios, seguro de accidentes y enfermedades profesionales. Sin embargo, no considera alternativas formales para el financiamiento de los cuidados de largo plazo, ejemplo, seguro, cotización sobre la renta, copago u otros. Esta situación limita las posibilidades de cuidados formales y remunerados con alternativas reducidas para el cuidado.

Chile, al igual que los casos estudiados incorpora una evaluación funcional, el EMPAM, para determinar el estado de salud de la persona, que permite establecer un plan de trabajo, con controles de salud y monitoreo, derivaciones médicas a la red de salud, considerando el pilar de atenciones garantizadas en GES. Con el EMPAM, las personas con dependencia severa, atendidas en APS, ingresan al programa de atención domiciliaria (PADI) y son visitadas según la disponibilidad del equipo de salud. Esta iniciativa es limitada en cobertura y periodicidad. Este programa no considera la higiene del paciente, situación que, en personas con reducida red de apoyos, esta ayuda es insuficiente para el bienestar.

En el caso que el paciente presente dependencia a causa de enfermedades de la memoria, la APS deriva para un proceso de evaluación a las unidades de memoria (transitoria), implementados en el plan nacional de demencia. Estas unidades evalúan interdisciplinariamente al paciente para establecer el grado de la enfermedad y el tratamiento farmacológico, el cual es entregado en atención secundaria y APS, según corresponda. En paralelo, orientan a la familia en la comprensión de la enfermedad y los cuidados a considerar. Al finalizar el proceso de evaluación, se retornará al paciente a las atenciones habituales en APS. En ese tenor, el apoyo entregado por las unidades de memoria es significativo para enfrentar de la mejor manera la enfermedad, más cuando con la medicación correcta en estos casos es vital. Sin embargo, las unidades de memoria son restringidas a nivel nacional, generando una brecha de acceso, deterioro del paciente ante la ausencia de unidades comunales de memoria, presión en el APS ante demanda insatisfecha, como algunas de las externalidades negativas. De 346 comunas de nuestro país, las comunas con unidades son cinco: Osorno, Punta Arenas, Peñalolén, El Bosque y Copiapó, que corresponden

¹ BCN (2017). Decreto 162 promulga la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores [click](#)

a los Servicios de Salud Osorno, Magallanes, Metropolitano Sur, Metropolitano Oriente y Atacama.

En relación a la experiencia internacional nos aporta consideraciones culturales a tener presente en el debate. En el caso de Alemania, existen 5 niveles para acceder a servicios de CLP, según el grado de dependencia de la persona. Los Países Bajos integran seguros de CLP e integran a toda la población con necesidad de ser cuidado. Suecia, históricamente ha integrado la organización local, por lo que implementar apoyos por nivel de administración es viable culturalmente. Reino Unido, ingresa un plan de largo plazo para ir ajustando servicios y gasto asociado en el sistema de salud y así beneficiar a la población que requiera de los servicios y que no sea un impedimento su capacidad de pago. Australia, tiene una propuesta coordinada para que toda persona que necesite tenga atención. En nuestra región, Costa Rica se compromete en una implementación gradual de 10 años. Uruguay, si bien tiene un sistema de cuidados, este se ha centrado en la primera infancia, con experiencias recientes en dependientes.

En nuestro país se identifican programas de CLP e iniciativas que buscan agrupar las políticas de CLP, sin embargo, el impacto y cobertura es reducido y con baja visibilidad pública. Existe un sistema nacional de cuidado que declara ser parte del subsistema de protección social, no obstante, tiene asignado un presupuesto magro e institucionalmente con déficit en infraestructura pública. Un modelo a observar para avanzar en la instalación robusta, es el subsistema Chile Crece Contigo, que tiene presencia nacional y con infraestructura comunal, además de contar con un diseño robusto e información clara y accesible.

Al sistematizar los programas destinados a los CLP sociales, se concentran en MDS - SENAMA, quien administra el escaso presupuesto por medio de concursos, convenios con privados (fundaciones sin fines de lucro, ONG) para la ejecución de programas con estos organismos operadores. SENAMA, no cuenta con infraestructura pública, recursos humanos y otros para realizar la implementación de estas iniciativas. Los programas de CLP en salud están focalizados en MINSAL y son ejecutados en la red de salud, por lo tanto, el acceso de atención es universal.

Con esta revisión se evidencia la distancia de nuestro país con experiencia con mayor desarrollo en cuidados de largo plazo destinados a personas con dependencia. Si consideramos variables como presupuesto, normativas vinculantes, proceso de evaluación y oferta disponible según grado de dependencia, nuestro país no presenta el desarrollo adecuado para responder a las necesidades y demandas. Además, queda de manifiesto que la presión actual por CLP se concentra en salud, considerando que es el sistema que es accesible a toda persona, situación distinta a lo que se observa en las ayudas sociales, que son inorgánicas, focalizadas y restrictivas según disponibilidad.

6. Extensiones

Con el transcurso de la investigación, se logró identificar espacios de oportunidad para futuras investigaciones. Algunas de las líneas posibles:

- Se requiere de estudiar en detalle el proceso de evaluación de salud e indicadores sociales que estén vinculados a la designación de beneficios de cuidados de largo plazo. Con ello, avanzar en las indicaciones de nivel de dependencia y servicios a los que se puede postular.

- Identificar los programas que pueden ser de acceso a personas con necesidades de cuidado para integrar la variable dependiente, así es integrada en reporte de programas sociales facilitando la caracterización para las políticas públicas.
- Sistematizar los centros públicos y privados que proporcionen servicios de CLP, para ser integrados a plataformas de información que permitan a las personas conocer los antecedentes de residencia, plazas disponibles, requisitos de ingreso, costo del centro, entre otras.

Referencias

1. Acosta. E (2013). La (deficitaria y desigual) organización social del cuidado en Chile Diálogos sobre envejecimiento y vejez avances y desafíos en la construcción de un sistema nacional de cuidados. Universidad Alberto Hurtado, departamento de sociología. [click](#)
2. Aguayo Ormeño, Irina (2020). Políticas dirigidas a los cuidadores y cuidadoras principales de adultos mayores dependientes: comparado de países (Alemania, España, Japón, Suecia y Estados Unidos). Asesoría técnica parlamentaria, Análisis Especializado/ Documento Biblioteca del Congreso Nacional, BCN [click](#)
3. Aguayo Ormeño, Irina (2018). Sistema de salud en Chile. Asesoría técnica parlamentaria, Análisis Especializado/área economía. Departamento de estudios, extensión y publicaciones Documento Biblioteca del Congreso Nacional, BCN 31 de junio 2018 área economía [click](#)
4. Aranco, N., Sorio, R (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. Banco Interamericano de desarrollo [click](#)
5. Australian government (1997). Aged care act 1997 [click](#)
6. Australian Government (2021). 2020-2021, ropia n the Operation of the Aged Care Act 1997. Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health 2021 [click](#)
7. Australian government (2022). Aged care. About aged care. Department of Health Australian and age care [click](#)
8. Australian government (2022). Aged care data. Spending on aged care. Australian institute health and welfare [click](#)
9. Australian Government (2022) Aged Care Subsidies and Supplements New Rates of Daily Payments from October 2022. Department of health and age care [click](#)
10. Banco Mundial (2021). Ingreso nacional bruto (ING) (US\$) [click](#)
11. Battyany, K., Genta, N & Perrotta, V (2013). El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay. Series de la cepal » asuntos de género [click](#)
12. Benavides, P., Castro, R., Jones. I (2013). “Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050” Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda [click](#)
13. Biblioteca Congreso Nacional (2004). Ley 19.966, Reforma de Salud – Régimen General de Garantías en Salud (GES). [click](#)
14. Biblioteca Congreso Nacional (2005). Ley 20.427 que modifica la ley N° 20.066. Última Versión – 18-NOV-2021 [click](#)
15. Biblioteca Congreso Nacional (2010) Historia de la Ley N° 20.427 [click](#)

16. Biblioteca Congreso Nacional (2017). Ley 21.013 tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial. Única – 06-JUN-2017 [click](#)
17. Biblioteca Congreso Nacional (2019). Ley N° 21.168 que modifica la Ley N° 20.584, a fin de crear el derecho de atención preferente y oportuna a adultos mayores y personas con discapacidad en acciones de Salud [click](#)
18. Biblioteca Congreso Nacional (2022) Ley N° 19.828, crea el servicio nacional del adulto mayor, SENAMA. Publicación: 27.09.2002 [click](#)
19. Centrum Indicatiestellin Zorg (CIZ) [Agencia de Evaluación del Cuidado Países Bajos] [click](#)
20. Costa-Font J, Courbage C, Swartz K (2015) Financing long-term care: ex ante, ex post or both? Health Econ. 2015 Mar;24 Suppl 1:45-57. Doi: 10.1002/hec.3152. PMID: 25760582. [click](#)
21. Colacce, M., Manzi, P (2017). El cuidado de la población uruguaya y la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados Una mirada de largo plazo. CEPAL - Serie Estudios y Perspectivas – Montevideo – N° 27 [click](#)
22. Chaverri-Carvajal A, Matus López M (2021) Cuidados de larga duración en Costa Rica: enseñanzas para América Latina desde la evidencia internacional. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e146. [click](#)
23. Colombo, F., et al. (2011). Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. Chapter 7: Public long term care financing arrangement in OCDE country. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, [click](#)
24. Custodio, N., Wheelock, A., Thumala, D., & Slachevsky, A. (2017). *Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy*. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9. [click](#)
25. de Biase, P., S. Dougherty and L. Lorenzoni (2022). “Ageing and the long-run fiscal sustainability of health care across levels of government”, *OECD Working Papers on Fiscal Federalism*, No. 38, OECD Publishing, Paris. [click](#)
26. Decreto 162 (2017) Chile ratifica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. [click](#)
27. Espinace Olguín, Denisse Jimena (2019) Proyectos de Ley en materia de Adultos Mayores categoría: Derecho de Familia. Tipo: Referencia General 25/01/2019 [click](#)
28. Fernández de Trocóniz, Montorio & Díaz (1997). Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO). Primera edición, 1997 [click](#)
29. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. (2018) Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e160. [click](#)

30. GBD (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. *The Lancet*, 2016; 388(10053):1659-1724 [click](#)
31. GBD (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. GBD 2019 Dementia Forecasting collaborators. Published: January 06, 2022. [click](#)
32. Government of the Netherlands (2021). Care and support at home [click](#)
33. Government of the Netherlands (2021). Ministry of Health, Welfare and Sport [click](#)
34. Government of the Netherlands (2015). Social Support Act (Wmo 2015) [click](#)
35. Hojman DA, Duarte F, Ruiz-Tagle J, Budnich M, Delgado C, et al. (2017) The cost dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLOS ONE* 12(3): e0172204. [click](#) | [click](#)
36. Huenchuan, Sandra (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva regional y de derechos humanos. Sandra Huenchuan Editora. CEPAL. [click](#)
37. Hussein N Yassine et al (2022). Nutrition state of science and dementia prevention: recommendations of the Nutrition for Dementia Prevention Working Group. Personal view, Volumen 3, Issue 7, E501-E512, July 01, 2022 Published: July, 2022. [click](#)
38. Ibáñez, A., Slachevsky, A., Serrano, C., (2020). Manual de Buenas Prácticas para el Diagnóstico de la Demencia. Banco Interamericano de desarrollo, BID [click](#)
39. Instituto Nacional de Estadísticas (2015). Encuesta Nacional del Uso de Tiempo año 2015. Estadística, género, uso de tiempo. Cuadros estadísticos, ENUT 2015, principales resultados ENUT 2015. [click](#)
40. Instituto Nacional de Estadísticas (2017). Proyecciones y estimaciones de población 1950 - 2050. Estadísticas, proyecciones de población. Estadísticas, demografía y vitales, proyecciones de población. [click](#)
41. Kaur D, Rasane P, Singh J, Kaur S, Kumar V, Mahato DK, Dey A, Dhawan K, Kumar S. Nutritional Interventions for Elderly and Considerations for the Development of Geriatric Foods. *Curr Aging Sci.* 2019;12(1):15-27. doi:10.2174/1874609812666190521110548. PMID: 31109282; PMCID: PMC6971894.
42. Lorenzoni, L., et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", OECD Health Working Papers, N 110 [click](#)
43. Matus-López, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud colectiva*, 11, 485-496. [click](#)
44. Ministerio de Desarrollo Social (2017). Encuesta de caracterización socioeconómica nacional 2017. Estadísticas – Adultos mayores CASEN 2017. Observatorio social. [click](#)

45. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2021). Informe de detalle de programas sociales evaluación ex ante, proceso formulación presupuestaria 2021. Plan Nacional de Demencia [click](#)
46. Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022). Base Resultados Monitoreo 2021 Oferta Pública (SES-DIPRES). Banco integrado de programas sociales. Subsecretaría de Evolución Social & Dirección de Presupuesto y no sociales. [click](#)
47. Ministerio de Salud (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria dirigido a equipos de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. [click](#)
48. Ministerio de Salud (2013). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. Santiago de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria Ministerio de Salud. [click](#)
49. Ministerio de salud (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros resultados. Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública Santiago, noviembre 2017 [click](#)
50. Ministerio de Salud (2017). Plan nacional de demencia [click](#)
51. Ministerio de Salud (2008). Manual de Aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor, EMPAM. Programa de Salud del Adulto Mayor. División de prevención y control de enfermedades, Subsecretaria de Salud Pública [click](#)
52. Ministerio de Salud (2018). Manual orientación técnica “Programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa”. Ficha de evaluación proceso de seguimiento, atención domiciliaria a personas con dependencia severa. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de atención primaria. Departamento de modelo APS. [click](#)
53. Ministerio de Salud (2018). Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos (UGA). Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores | Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades | Subsecretaría de Salud Pública Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados | Subsecretaría de Redes Asistenciales [click](#)
54. Ministerio de Salud (2019). Garantías explícitas de salud, GES 85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias [click](#)
55. Ministerio de Salud (2020). Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades [click](#)
56. Ministerio de Salud (2021). “Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030”. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Departamento Ciclo Vital. Oficina de Salud Integral para Personas Mayores. Departamento ciclo vital, división de prevención y

- control de enfermedades / subsecretaría de salud pública. Resolución Exenta N° 499 del 31 de mayo del 2021. [click](#)
57. Ministerio de salud Uruguayo (2021). Plan Nacional de Cuidados 2021-2025. Dirección de Cuidados Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad Fecha: 08/07/2021) [click](#)
 58. Muir, T. (2017), “Measuring social protection for long-term care”, OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris. [click](#)
 59. National Health Service NHS | [click](#)
 60. National Health Service NHS. Long Term Care. [click](#) | [click](#) | [click](#)
 61. National Health Service NHS (2019). The NHS Long Term Plan, Guidance. [click](#)
 62. National Health Service NHS (2019) Mental Health Implementation Plan 2019 [click](#)
 63. NHS continuing healthcare [click](#)
 64. OCDE (2020). Spending on long-term care. [click](#)
 65. OCDE (2020), Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, [click](#)
 66. OCDE (2021). Health expenditure by financing scheme. Health at a Glance 2021: OECD Indicators [click](#)
 67. OCDE. Health status - life expectancy. [click](#)
 68. OCDE. Demographic references, population age structure. [click](#)
 69. OCDE (2021). Health expenditure as a share of GDP, 2019 (or nearest year) and 2020 | Health expenditure as a share of GDP, 2021 [click](#)
 70. Oddone, M (2020). El sistema de cuidados a largo plazo para personas mayores; Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 2020; 184 [click](#)
 71. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud. [click](#)
 72. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. [click](#)
 73. Pelegrini, L, Mota, G., Ramos, F., Jesus, E., & Vale, F. (2019). *Diagnosing dementia and cognitive dysfunction in the elderly in primary health care: A systematic review. Dementia & Neuropsychologia, 13(2), 144–153.* [click](#)
 74. Pflegeförderungsgesetz (PSG I, II, III) [click](#)
 75. Rocard, E. and A. Llana-Nozal (2022), “Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind”, *OECD Health Working Papers*, No. 140, OECD Publishing, Paris, [click](#)

76. Rossel, C (2016). Desafíos demográficos para la organización social del cuidado y políticas públicas. Serie asuntos de género CEPAL. [click](#)
77. Salvador, Soledad (2015). Política de cuidados en el salvador: opciones, metas y desafíos. Serie asunto de género, CEPAL. ISSN 1564-4170 [click](#)
78. Serraceno, Chiara (2011). Beyond care. The persistent invisibility of unpaid family work. Sociologica 1/2011 società editrice il mulino, Bologna. Citado en Soko, A 2011, De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América latina. CEPAL. [click](#)
79. Scheil-Adlung, Xenia (2015). Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries A brief overview of key results. Working Group on Ageing, Geneva, Switzerland, 19 November 2015 [click](#)
80. Scheil-Adlung, Xenia (2015). Long-term care protection: A review of coverage deficits in 46 countries. Health Law Institute. ILO ESS 50, september 2015 [click](#)
81. Sunkel, Guillermo (2006) Políticas Familiares y Regímenes de Bienestar en América Latina. Reunión de expertos en gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias. CEPAL [click](#)
82. Superintendencia de Salud (2020). Balance de gestión integral año 2020. Ministerio de Salud. [click](#)
83. Unión Europea (2017). 20 principios de derechos sociales [click](#)
84. Wilkins Binder, James (2021). Derecho de atención preferencial a personas adultas mayores y personas con discapacidad. Asesoría técnica parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional, BCN. [click](#).
85. Wubishet BL, Byles JE, Harris ML, Jagger C (2021). Impact of Diabetes on Life and Healthy Life Expectancy Among Older Women. *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 76, Issue 5, May 2021, Pages 914–921 [click](#)

Anexo: tabla 1: Políticas programáticas CLP salud

	Ministerio	Servicio	Nombre del Programa	Año de implementación	Ppto programa 2021 M\$	Población Beneficiada	Ppto anual por beneficiario
1	MINSAL	FONASA	GES	2006	P	P	P
2	MINSAL	FONASA	Convenios con ELEAM	2020	6.800.000	1.721	4.000.000
3	MINSAL	Establecimientos de APS	EFAM EMPAM	1995 2008	P	P	P
4	MINSAL	Subsecretaría de redes asistenciales	Plan Nacional de demencia	2017	2.922.485	4.712	620.221
5	MINSAL	Subsecretaría de redes asistenciales	Programa de atención domiciliaria a dependientes severo	2006	696.225	7.083	98.295
6	MINSAL	Subsecretaría de redes asistenciales	Pañales para adulto mayor y personas en situación de discapacidad	2019	1.404.323	P	P
7	MINSAL	Servicios de salud	Unidad geriátrica de agudos y cuidados de fin de la Vida, UGA	P	P	P	P
TOTAL (parcial)					11.823.033	13.516	3,13%*

Fuente: Elaboración en base a:

- Ley de presupuesto año 2021

- Base Resultados Monitoreo 2021 Oferta Pública (SES-DIPRES) [click](#)

- P: antecedentes pendientes de respuesta al momento de presentar resultados (02.12.22). Las consultas fueron realizadas por medio de portal de transparencia a organismos gubernamentales.

-*se considera el 100% de las personas >65 años con dependencia (431.680)

Anexo: tabla 2: Políticas programáticas CLP Sociales

	Ministerio	Servicio	Nombre del Programa	Año de implementación	Ppto programa 2021 M\$	Población Beneficiada	Ppto anual por beneficiario
1	MDS	Subsecretaria de Servicios Sociales	Red Local de apoyos y cuidados (PRLAC)	2017	2.585.955	3339	774.470
3	MDS	SENAMA	SENAMA	2003	41.903.386		
2	MDS	SENAMA	CONAPRAN	2003	1.791.494	436	4.108.931
4	MDS	SENAMA	Fondo Nacional del Adulto Mayor ejecutores intermedios (visitas domiciliarias)	2003	456.000.	300	1.520.000
5	MDS	SENAMA	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)	2020	9.816.549	1.065	9.217.416
6	MDS	SENAMA	Fondo Subsidio ELEAM	2013	8.081.310	6.230	P
7	MDS	SENAMA	Cuidados Domiciliarios	2013	1.579.721	1.218	1.296.979
8	MDS	SENAMA	Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDIAM)	2013	6.432.608	6.653	966.873
				Total	30.287.637	18.941 4,38%*	

Fuente: Elaboración con base en:

- Ley de presupuesto año 2021

- Base Resultados Monitoreo 2021 Oferta Pública (SES-DIPRES) [click](#)

- SSS, presupuesto y población beneficiaria reportado por transparencia, 2022, ejecución año 2021. Respuesta 09 de noviembre 2022

- SENAMA, población beneficiaria reportado por transparencia 2022, ejecución año 2021 (FNAM - intermedio y fondo subsidio ELEAM). Respuesta 10 de noviembre 2022

- P: antecedentes pendientes al momento de presentar resultados (02.12.22). Las consultas fueron realizadas por medio de portal de transparencia a organismos gubernamentales.

-*se considera el 100% de las personas >65 años con dependencia (431.680)

Anexo: tabla 3: Programas SENAMA destinados al cuidado de largo plazo

Programa	Descripción del programa en BIPS
700 FNAME	El programa apoya a personas mayores que requieran de acciones que favorezcan el envejecimiento activo y saludable. Para esto, financia proyectos ideados, elaborados y desarrollados por organizaciones formales de adultos mayores a través de diferentes fondos concursables.
700 Ejecutor intermedio	El fondo principal se enfoca en proyectos auto gestionados y ejecutados directamente por organizaciones formadas por adultos mayores, para apoyar el desarrollo de su capacidad de autogestión y emprendimiento.
700 Ejecutor intermedio	En las otras dos líneas (fondo con ejecutores intermedios y convenios institucionales) participan instituciones privadas o públicas sin fines de lucro como corporaciones, fundaciones, municipios u otras instituciones con las que se realizan convenios de carácter más permanente.
716 ELEM	El programa busca atender a personas mayores vulnerables con <u>algún grado de dependencia</u> , que requieren servicios de apoyo y cuidados de larga duración de calidad de acuerdo a sus niveles de dependencia. Para esto, existen residencias donde se provee atención directa a las personas mayores tanto en aspectos sociosanitarios como en integración socio comunitaria, promoviendo la participación de los residentes en la red local y en el barrio.
716 ELEM	SENAMA delega la operación de los ELEM a través de concursos públicos, a entidades públicas o privadas sin fines de lucro, preferentemente con experiencia en trabajo y atención a personas mayores y/o en establecimientos que otorguen servicios similares. SENAMA traspasa a los operadores recursos para el funcionamiento del ELEM y establece un monto per cápita que considera factores de cobertura. Además, los residentes aportan un porcentaje de su ingreso, que se encuentra establecido en la normativa del programa. <i>SENAMA entrega al operador un inmueble 100% equipado.</i>
721 Fondo Subsidio ELEM	El programa busca que personas mayores en situación de <u>dependencia y vulnerabilidad</u> en instituciones sin fines de lucro, reciban servicios de cuidado especializados y de calidad. Para esto, el programa le entrega un subsidio a los ELEM públicos o privados sin fines de lucro. El monto del subsidio es de acuerdo al nivel de dependencia de los adultos mayores vulnerables institucionalizados.
721 Fondo Subsidio ELEM	Para seleccionar a quienes se van a beneficiar, los ELEM deben presentar una nómina con los adultos mayores que cumplen con los criterios de selección del programa y un proyecto que entregue un apoyo directo a éstos. Los proyectos deben incluir iniciativas por medio de medidas de mejoramiento en: alojamiento, alimentación, atención médica, estrategias de integración socio familiar, protección de sus derechos y servicios de promoción del envejecimiento activo en las áreas física, cognitiva y social. Los ELEM que presenten los mejores proyectos serán quienes se beneficien del subsidio.
722 Cuidados domiciliarios	El programa entrega servicios de apoyo y cuidado en la realización de las actividades de la vida diaria a adultos mayores <u>dependientes moderados y severos</u> que no cuentan con cuidador principal vulnerables socioeconómicamente. Estos serán derivados desde la Red Local de Apoyo y Cuidado del SNAC.

Programa	Descripción del programa en BIPS
723 Centros Diurnos - CEDIAM	<p>El programa podrá ser ejecutado por el Municipio y/o institución privada sin fines de lucro, las que serán invitadas a participar de su implementación debiendo cumplir con ciertas condiciones mínimas en su operación. Estas instituciones tendrán dentro de sus responsabilidades la instalación del programa en la comuna, contar con una dupla profesional de perfil sociosanitario (1 profesional jornada completa y 1 profesional del área social por media jornada), quienes serán responsables de la correcta implementación del programa en los aspectos administrativos y operativos. Posteriormente el organismo ejecutor tendrá la responsabilidad de seleccionar, contratar, supervisar y capacitar de manera permanente al asistente de AVD.</p> <p>Los asistentes de AVD, son hombres o mujeres, residentes de la comuna, con formación y/o capacitación en la atención y cuidado del adulto mayor, quienes los apoyaran en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria dentro y fuera del hogar, además de transmitir herramientas para la correcta realización de las actividades de la vida diaria a la persona mayor. Cada asistente atenderá a 5 personas, a quienes apoyará 2 veces a la semana con una duración de 3 horas por visita, las que contemplan tres áreas de atención: atención personal, apoyo en realización de tareas del hogar y relación con el entorno.</p> <p>El programa busca apoyar a personas mayores con <u>dependencia leve y moderada</u>, y en situación de vulnerabilidad social para que conserven o mejoren su nivel de funcionalidad manteniéndose en su entorno familiar y social. Para esto, instituciones sin fines de lucro postulan un proyecto de Centro Diurno según asesoría y orientación técnica por parte de Senama. De ser seleccionadas, deben desarrollar para cada beneficiario un plan de intervención individual que incluya talleres que favorezcan la funcionalidad y habilidades sociales de las personas mayores.</p>

FUENTE: Elaboración propia en base a programa SENAMA | EPG – DIPRES | BIPS – MDS

Anexo: tabla 4 | Características de los Regímenes de Bienestar

Tipo de régimen	País	Rol del Estado	Características
Liberal	Países anglosajones EEUU, Reino Unido, Nueva Zelanda y Australia	<ul style="list-style-type: none"> - Rol del estado residual. - Promueve el mercado como el pilar central para satisfacer las necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se caracteriza por la individualización de los riesgos y la promoción de soluciones de mercado. - Impulsa un enfoque de asistencia social basado en necesidades y, en consecuencia, un sesgo hacia la focalización. - Desarrolla medios e instrumentos que permitan determinar y/o demostrar las necesidades de las personas/hogares. - la política liberal y la visión sobre protección social es “residual” se basa en la hipótesis de que los problemas relacionados con las fallas de mercado suelen limitarse a casos especiales, como las madres solteras, que tienen dificultades objetivas para satisfacer sus necesidades en mercados normales”
Socialdemócrata	Países escandinavos Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia	<ul style="list-style-type: none"> - Rol central del estado - Incentiva la desmercantilización y la defamiliarización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura universal de los ciudadanos, tiene una amplia provisión de servicios sociales y niveles generosos de beneficios. - Tiende al igualitarismo (intentado reducir al mínimo la distribución desigual de recursos según el origen familiar) - Promoción del bienestar en base a la ciudadanía.
Conservador	Europa continental Alemania, Holanda, Austria, Francia, Italia y España	<ul style="list-style-type: none"> - Rol mínimo del Estado - rol central de la familia. - Carácter marginal del mercado y la acción subsidiaria del estado en la provisión social - Intervención a través de la política social que está limitado a quienes no logran obtener el bienestar a través del mercado - No incentiva la defamiliarización 	<ul style="list-style-type: none"> - Se caracteriza por proteger individualmente a los trabajadores, asegurándoles la ocupación mediante estrictas normas de contratación y despido - Se estructura a partir de sistemas de seguro social vinculados al empleo. - Se asume que la familia depende del varón como su principal proveedor, la seguridad laboral de éste es de fundamental importancia. - Coinciden en un apego al catolicismo - Es explícitamente familista. Considera que, al asegurar el ingreso, la familia puede hacerse cargo de la mayoría de las funciones relacionadas con el bienestar y reproducción de esta.

Fuente: elaboración propia con base a Sunkel (2006:20-22)

Anexo: tabla 5 | Resumen de características de los regímenes de Bienestar

	LIBERAL	SOCIALDEMÓCRATA	CONSERVADOR
	Países anglosajones	Países escandinavos	Europa continental
Familia	Marginal	Marginal	Central
Mercado	Central	Marginal	Marginal
Estado	Marginal	Central	Subsidiario

Fuente: Versión simplificada esquema Esping-Andersen, 2001, citado por Sunkel (2006:22)

Anexo: tabla 6: Modelos de financiamiento para Cuidados de Largo Plazo

Modelos financiamiento CLP	Países	Descripción
1 Impuesto Tax	Nórdicos Suecia, Islandia, Noruega	La responsabilidad general del cuidado de los ancianos y los discapacitados recae en el estado, una característica principal de estos países es la gran autonomía de los gobiernos locales (por ejemplo, municipios, condados, consejos) para organizar la prestación de servicios y financiar la atención, incluido el derecho a recaudar impuestos.
2 Públicos de seguro de cuidados a largo plazo Public long-term care insurance	Alemania; Países Bajos, Japón, Corea	El plan se financia principalmente a través de contribuciones de nómina basadas en el empleo, pero también se puede pedir a las personas mayores que paguen contribuciones (por ejemplo, todas las personas mayores de 40 años en Japón; personas jubiladas con sus ingresos en Alemania) y una parte del costo se financia con impuestos generales en la mayoría de los países.
3 Atención personal y de enfermería a través de sistema de salud personal care and nursing care through the health system	Bélgica	La cobertura del costo de la atención a largo plazo en su totalidad a través del sistema de salud. En este modelo, no solo la atención de enfermería especializada, sino también la ayuda en las actividades diarias (vestirse, comer, lavar, etc.) se financian dentro del Sistema de salud pública universal. La atención a largo plazo se considera un riesgo para la salud, y los arreglos institucionales reflejan un “modelo médico” de prestación de atención (en contraposición a un modelo social), en el que los servicios de atención son prestados principalmente por enfermeras profesionales. Los costos no médicos de la LTC, se otorgan subsidios a las personas mayores de bajos ingresos con necesidades de cuidados.
4 Sistema Mixto Esquemas universales paralelos Parallel universal schemes	Reino Unido, Escocia, República Checa	Los esquemas universales paralelos se basan en diferentes esquemas de cobertura coexistentes, cada uno de los cuales brinda cobertura universal para un tipo diferente de atención. Por lo general, la atención de enfermería universal se financia a través del sistema de salud, mientras que la atención personal universal se realiza a través de un plan separado.
5 Sistema Mixto Beneficios universales relacionados con los ingresos Income-related universal benefits	Australia, Austria, Irlanda, Francia	La cobertura es para todos los que se consideran elegibles por motivos de necesidad de atención reciben un beneficio público, pero la cantidad se ajusta a los ingresos del receptor y el ajuste puede ser muy pronunciado. Este enfoque funciona aumentando progresivamente la participación del costo pagado por el sistema público a medida que disminuyen los ingresos del receptor. A veces se lo denomina “universalismo progresivo” o “personalizado”

Fuente: Elaboración propia con base en Colombo, F., et al. (2011). Chapter 7.

Anexo: tabla 7: Instrumento de evaluación de necesidades CLP

País	Evaluación de necesidad CLP	Elegibilidad CLP	Programas CLP
Australia	Instrumento de financiación del cuidado de personas mayores, ACFI. Servicio de Evaluación Regional, RAS – CHSP	El acceso universal a la atención sobre la base de una evaluación de necesidades por medio del Instrumento de financiación del cuidado de personas mayores (ACPI) aplicado por Equipos de evaluación del cuidado de personas mayores, ACAT. El acceso a CHSP es a través de una evaluación realizada por un Servicio de Evaluación Regional (RAS).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de apoyo al hogar de la Commonwealth (CHSP) 2. Programa de Paquetes de Atención Domiciliaria (HSP) 3. Programa de atención residencial a la tercera edad 4. Atención flexible 5. Apoyo para enfermedades crónicas Acuerdo de atención en equipo (TCA) 6. Esquema de Beneficios Farmacéuticos
Alemania	Nivel de clasificación de atención Pflegegrade (5 niveles)	Los niveles de atención deciden qué subvenciones reciben los asegurados de su seguro de atención. A medida que aumenta la necesidad, también aumenta la cantidad de prestaciones en efectivo y en especie. Criterios para la valoración asistencial: <ol style="list-style-type: none"> 1. Movilidad; 2. Habilidades cognitivas y de comunicación; 3. Comportamientos y problemas psicológicos; 4. Autosuficiencia; 5. Enfrentamiento y manejo independiente de enfermedades o demandas y cargas relacionadas con la terapia; 6. Organización de la vida cotidiana y los contactos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subsidio para cuidados 2. Cuidado en especie 3. Cuidado diurno y nocturno 4. Cuidado a corto plazo 5. Cuidado preventivo 6. Atención hospitalaria completa 7. Servicios de atención y socorro 8. Ayudas para el cuidado destinadas al consumo 9. Llamada de emergencia 10. Adaptación de vivienda 11. Beca grupal residencial
Reino Unido	Herramienta check list + comisiones clínicas (CCG) locales	Los umbrales de elegibilidad para la asistencia social varían entre las regiones de Inglaterra. Este análisis asume que las personas con necesidades bajas no son	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención continua del NHS 2. Paquete de atención conjunto 3. Atención de enfermería financiada por el NHS 4. Subsidio de asistencia 5. Subsidio de subsistencia por discapacidad, DLA
Países Bajos (Holanda)	Agencia de Evaluación del Cuidado (CIZ)	La CIZ realiza una investigación a la postulación, evaluando: <ul style="list-style-type: none"> • Lo que piensa su familiar sobre la admisión; • Si existe una situación insegura para su familiar o su entorno. A esto lo llamamos grave desventaja; • Si la admisión es necesaria y apropiada para prevenir o detener el daño grave. • Y si existen opciones menos drásticas que la admisión para prevenir o detener la grave desventaja. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención a largo plazo en el hogar 2. Enfermería y cuidado personal en el hogar 3. Atención las 24 horas: atención residencial o atención domiciliaria 4. Apoyo social en el hogar 5. Presupuesto personal (PGB)
Suecia	Entrevistas del administrador de atención con la persona	Los representantes de los países no llevaron a cabo una evaluación detallada de la elegibilidad basada en el nivel de necesidad. Es posible que el caso de necesidades bajas no sea elegible para atención domiciliaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. El derecho a vivir juntos 2. Vivienda accesible 3. Ayuda a domicilio 4. Asistencia evaluada individualmente 5. Servicios de transporte 6. otros

País	Evaluación de necesidad CLP	Elegibilidad CLP	Programas CLP
Costa Rica	Baremo de dependencia	Identifica tres grados y niveles de dependencia: leve, moderado o severo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asistencia domiciliaria (80 horas mensuales) 2. atención residencial, 3. Centros de día 4. Teleasistencia 5. Transferencias monetarias (cuidadores respire care)
Uruguay	Baremo de dependencia	Identifica tres grados y niveles de dependencia: leve, moderado o severo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de Asistentes Personales (subsidio + copago) 2. Programa de Teleasistencia (subsidio)

Fuente: Elaboración en base a:

The Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. Review of International Systems for Long Term Care of Older People (2020) [Click](#)

Sistemas Nacionales de Salud con Plan Garantizado: Australia y Estados Unidos de América. (2019, December 30). [Click](#)

National Health Service – NHS [Click](#)

Chaverri-Carvajal & Matus López, 2021. Cuidados de larga duración Costa Rica [Click](#)

Ministerio de Salud Uruguayo (2021) Plan nacional de cuidado, 2021-2025 Dirección de Cuidados Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad [click](#)