

P.

puntos de referencia

CENTRO  
DE ESTUDIOS  
PÚBLICOS

EDICIÓN DIGITAL  
N° 583, AGOSTO 2021

ECONOMÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

# Cuidados de largo plazo: lecciones de la evidencia comparada

HORACIO SAN MARTÍN, CAROLINA VELASCO



# RESUMEN

- El presente artículo analiza los sistemas de cuidados de largo plazo en 5 países (Países Bajos, Alemania, Bélgica, España y Australia), que abarcan los principales sistemas utilizados en el mundo para financiar este tipo de cuidados. Estos sistemas están extendidos a toda la población, y surgen en respuesta al envejecimiento acelerado que tuvieron.
- Los cuidados de largo plazo son servicios orientados a ayudar a las personas con dependencia por periodos prolongados de tiempo, generalmente por 6 meses o más. Este tipo de servicios son principalmente demandados por personas de la tercera edad.
- Chile está envejeciendo a mayores tasas que el resto de los países del continente, haciendo que al año 2050 se estime que el 30% de la población será mayor de 60 años, cifra equivalente al porcentaje actual de Japón (país más envejecido en el mundo). Dado lo anterior, se hace pertinente analizar la experiencia de otros países que ya pasaron por este proceso de envejecimiento y enfrentaron una mayor demanda por estos servicios.
- En los países analizados se observa como una buena práctica el contar con un único sistema para evaluar el nivel de dependencia y cuidados requeridos, esto por una entidad especializada e independiente. La evaluación no debe considerar solo aspectos físicos, sino que también psicológicos y cognitivos.
- Una característica relevante de estos esquemas de cuidados es que el mecanismo de financiamiento asegure la sostenibilidad del sistema frente a los cambios que impacten la economía, como también la mayor demanda debido al envejecimiento de la población. Además, se observa que los sistemas de seguros resisten mejor el impacto de los problemas mencionados, los cuales deben ir acompañados de copagos por parte de los hogares como mecanismo de contención de costos.
- Los beneficios deben considerar la prevención de la dependencia y los tratamientos que permitan evitar o retrasar el deterioro de salud, alargando lo más posible la independencia de las personas. Lo anterior, incluyendo todos los rangos etarios, puesto que la dependencia no es exclusiva de la vejez.
- Otra característica relevante es la coordinación en la entrega de los servicios y asistencia a la dependencia, especialmente cuando hay diversas instituciones a cargo del financiamiento, administración o entrega de los servicios. En la misma línea, se debe considerar que cuando el financiamiento está desagregado a niveles locales, existe riesgo de que personas con mismo nivel de dependencia tengan acceso a distintos beneficios y servicios, dependiendo de su localidad.

**HORACIO SAN MARTÍN.** Investigador asistente, Centro de Estudios Públicos. Email: hsanmartin@cepchile.cl.

**CAROLINA VELASCO.** Asesora en Gabinete Presidencia de la República. Email: carolinavelasco@gmail.com.

# 1.

## INTRODUCCIÓN

Todas las personas requieren cierto grado de autonomía para realizar sus actividades del día a día sin inconvenientes, autonomía que varía a lo largo del ciclo de vida y puede llegar a disminuir al punto de requerir apoyo de terceros para realizar sus actividades básicas. Además del deterioro natural, esta autonomía puede disminuir producto de un accidente, enfermedad o condiciones congénitas de la persona, produciendo que requiera asistencia para poder desenvolverse. Una persona que necesita ayuda durante periodos de tiempo prolongados para realizar sus actividades se denomina dependiente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como dependiente a quien requiere apoyo de un tercero para la realización de las actividades básicas de la vida diaria —como bañarse y comer— por periodos de tiempo prolongado (cuadro 1).

**CUADRO 1.** Tipos de actividades utilizadas para evaluar el grado de dependencia

Actividades básicas de la vida diaria: corresponden a actividades tales como bañarse, comer, usar el excusado, vestirse, caminar dentro de un cuarto y acostarse y levantarse de la cama.

Actividades instrumentales de la vida diaria: son actividades más complejas que las básicas, y que requieren un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resolución de problemas de la vida diaria, tales como, utilizar el teléfono, preparar comida, realizar tareas domésticas básicas, comprar, lavar ropa, manejar medicación, movilizarse en la comunidad, realizar trámites, entre otras.


FUENTE: Organización Mundial de la Salud (2015).

Existen distintos niveles de dependencia y, por tanto, las necesidades de cuidado también difieren. Los cuidados de largo plazo (desde ahora, CLP) son servicios orientados a ayudar a las personas dependientes por periodos prolongados de tiempo, generalmente más de 6 meses (Organización Mundial de la Salud 2015). Estos cuidados tienen como enfoque tanto facilitar a los dependientes la realización de sus actividades básicas e instrumentales (cuadro 1) como también que logren tener el mayor grado de independencia en su rutina, manteniéndose el máximo tiempo posible integrados dentro de la sociedad y de su entorno, posponiendo o eliminando los escenarios en los cuales requieran un apoyo más intenso.

El cuidado se puede otorgar de manera formal o informal. La primera corresponde a los servicios de residencia diurnos<sup>1</sup> y permanentes, y a cuidados de enfermería en el hogar del dependiente. Los cuidados informales son los proporcionados por familiares y personas cercanas al dependiente, principalmente mujeres, sin que necesariamente dichas personas cuenten con una formación profesional en el área (Cafagna et al. 2019).

<sup>1</sup> Centros de cuidado durante el día, enfocados en que la familia de la persona dependiente tenga espacios de descanso, o para realizar trámites.

Los desafíos del cuidado de dependientes son cada vez mayores para los países que no cuentan con sistemas organizados para este fin, como es el caso de Chile. En primer lugar, la participación femenina en el mercado laboral ha ido creciendo con el tiempo en Chile (con excepción del último periodo asociado a la pandemia), pasando del 29,1% en 1986, al 53,3% previo a la pandemia (Instituto Nacional de Estadísticas 2015, 2021)<sup>2</sup>. Dicha tendencia, combinada con la disminución de la natalidad en el país<sup>3</sup>, hacen prever una disminución de la oferta informal de CLP. En segundo lugar, si bien no existe un catastro formal respecto de la oferta de CLP en Chile, la inexistencia de un sistema o programa de cuidado de carácter nacional con financiamiento asociado hace suponer que la oferta formal de cuidados es limitada y, sobre todo, disgregada.



### Los desafíos del cuidado de dependientes son cada vez mayores para los países que no cuentan con sistemas organizados para este fin, como es el caso de Chile.

Finalmente, el progresivo envejecimiento de la población aumenta permanentemente la demanda por CLP (Organización Mundial de la Salud 2015). Ello porque la mayor parte de los dependientes proviene de la tercera edad, quienes, en mayor proporción, requieren de cuidados a causa del deterioro natural de la salud y a la mayor presencia de enfermedades crónicas que afectan su independencia. La población chilena está envejeciendo a un ritmo más rápido que el resto del continente, de manera similar a lo observado actualmente en Japón o Europa, estimándose que más del 30% de la población superará los 60 años en 2050, semejante al porcentaje actual de Japón, el país más envejecido a nivel mundial (Cafagna et al. 2019).

Todo lo anterior implica que los costos asociados a la dependencia también aumentarán. Por una parte, están aquellos directos, asociados a las medicinas, tratamientos, cuidadores y estadías en residencias. Y, por otra, los indirectos, como la pérdida y disminución de ingresos del dependiente que debe dejar de trabajar y de los familiares que lo deben cuidar (Hojman et al. 2017). Pero también están otros menos explícitos como el deterioro en el estado de salud física y emocional del cuidador (Gazmuri y Velasco 2021) y, en general, de su calidad de vida.

Estos desafíos apremian para el desarrollo de mecanismos que se hagan cargo del cuidado de largo plazo en Chile. Para ello, este estudio busca proporcionar evidencia y recomendaciones para la ela-

---

<sup>2</sup> Con excepción del periodo de pandemia, donde se registró una caída significativa en la tasa de participación femenina, llegando en su peor punto al 41,2%.

<sup>3</sup> Según datos del Banco Mundial, la tasa de fecundidad (cantidad de hijos por mujer) pasó de un 4,7 en 1960, a un 1,65 en 2018. Disponible en: [datacatalog.worldbank.org](http://datacatalog.worldbank.org)

boración de propuestas de política pública en torno a este ámbito, complementando la información presentada por Gazmuri y Velasco (2021), quienes caracterizan a los cuidadores informales de personas dependientes en Chile. Para ello, en la siguiente sección se presenta una revisión internacional relativa a los sistemas de CLP, con el objetivo de identificar los aspectos positivos de los esquemas de diferentes países. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones y posteriormente las referencias.

## 2.

### EXPERIENCIA INTERNACIONAL

A continuación se estudian los mecanismos utilizados por una serie de países en CLP. Para ello se estudian diversos ámbitos: los diferentes mecanismos de organización del esquema según fuentes del financiamiento, los criterios para la elección de beneficiarios y los principales beneficios entregados.

Los países estudiados son Países Bajos, Alemania, Bélgica, España y Australia, debido a que abarcan los principales sistemas utilizados en el mundo para financiar los CLP; están extendidos a lo largo de toda la población; y surgen en respuesta al envejecimiento acelerado que enfrentaron y al consecuente aumento en la cantidad de personas con dependencia.

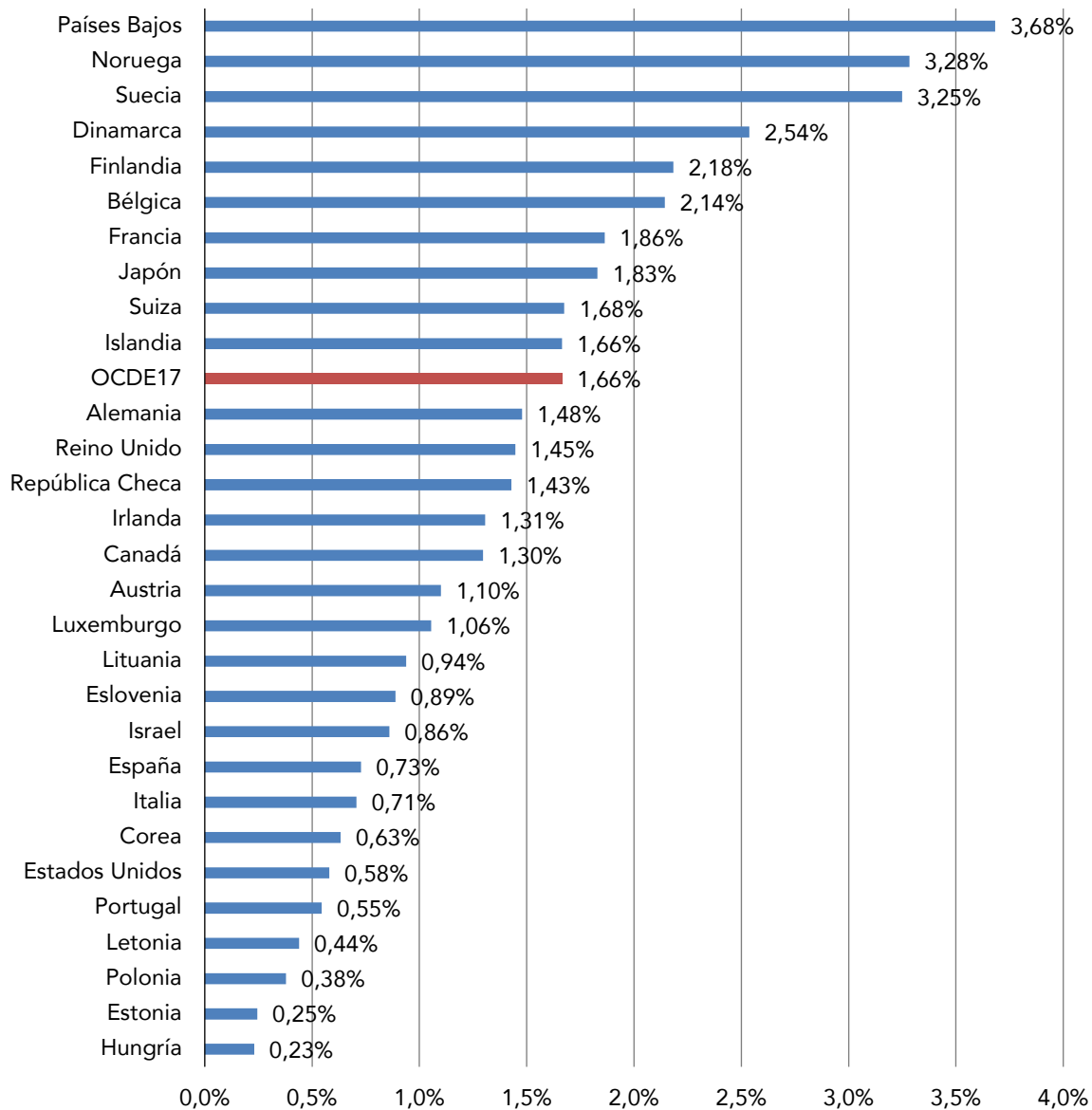
#### 2.1. Experiencia de la OCDE y resumen de los países analizados

Los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han creado diversos programas para financiar los CLP, haciéndose cargo de una serie de gastos que antes eran financiados completamente por los hogares. Los objetivos de dichos esquemas son financiar los cuidados de las personas que actualmente presentan algún grado de dependencia, así como el futuro aumento en la demanda esperada debido al envejecimiento.

En general, el monto promedio destinado a cuidados varía entre los países pertenecientes a la OCDE, girando en torno a 1,66% del Producto Interno Bruto (PIB), siendo el más alto el de los Países Bajos (figura 1).

Para sobrellevar el aumento en la demanda por estos servicios y asegurar la sostenibilidad del sistema, cada país opta por diferentes fórmulas (figura 2). A grandes rasgos, las principales fuentes de financiamiento son a través de impuestos generales a toda la población; o del aseguramiento social, que normalmente consiste en seguros enfocados en los CLP o están insertos dentro del marco de los seguros de salud del país. Los esquemas anteriores son complementados con seguros privados o con copago por parte de los hogares de la persona dependiente.

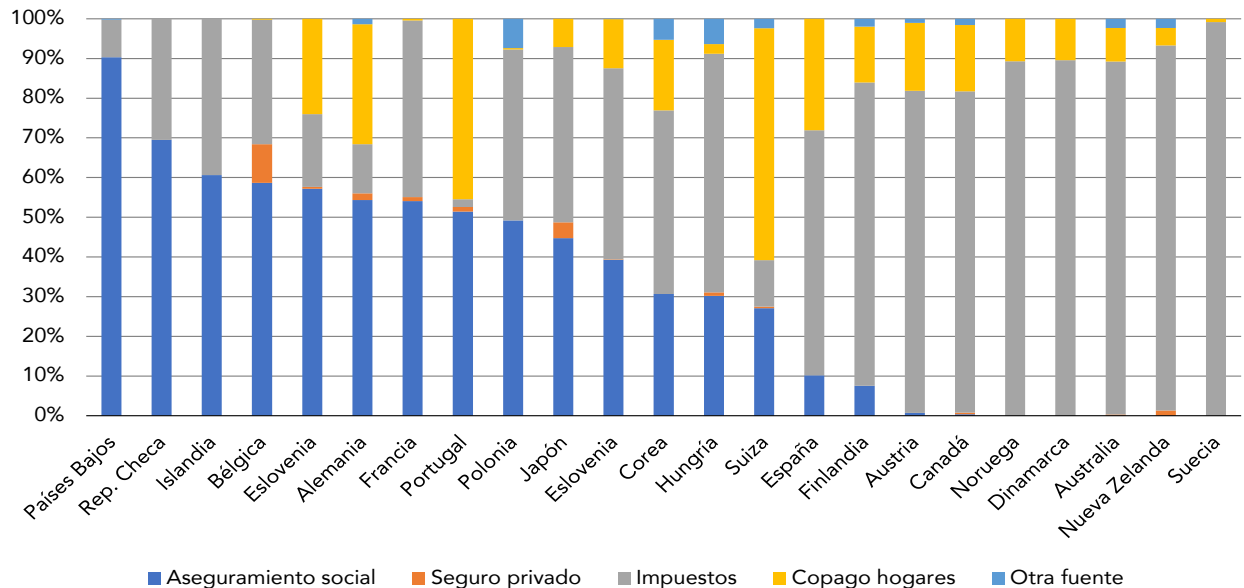
FIGURA 1. Gasto en CLP OCDE (porcentaje del PIB), 2017



FUENTE: OCDE (2019).

NOTA: El promedio de la OCDE considera solo los 17 países que reportan las estadísticas asociadas a gastos de CLP diferenciando el gasto en salud y temas sociales. No hay información disponible para Chile, México, Nueva Zelanda y Turquía. Información incompleta para Australia y Eslovaquia.

FIGURA 2. Principales mecanismos de financiamiento de los servicios de atención a la dependencia



FUENTE: Costa-Font, Courbage y Swartz (2015).

Nota: Aseguramiento social incluye tanto seguros de largo plazo públicos, como los gastos incluidos dentro del seguro de salud nacional.

Cada país tiene su propio sistema para evaluar el nivel de dependencia. En general, esta tarea es realizada por una organización independiente, con el objetivo de evitar conflictos de intereses en la clasificación. Originalmente se evaluaban las limitaciones físicas que tenía el individuo para realizar sus actividades, pero con el tiempo se han incorporado discapacidades mentales y cognitivas.

En cuanto a los beneficios que entregan los sistemas analizados, estos son principalmente en especies, servicios, y asignaciones en efectivo para pagar los cuidados, acompañados de copagos por parte de los hogares. Los servicios entregados varían entre países, pero a grandes rasgos, consisten en cuidados en el hogar; centros de día y, cuando sea necesario, acceso a residencias de largo plazo, que son lugares donde la persona dependiente pasa día y noche internada y tienen las condiciones para realizar los cuidados necesarios. La intensidad de los beneficios gira en torno al nivel de dependencia, independiente de la edad del individuo. En la tabla 1 se resumen las principales características de los sistemas de CLP en los países analizados.

Finalmente, según cifras de la OCDE para el año 2015, en promedio el 13% de la población de 50 años o más recibe algún tipo de cuidado informal al menos 1 vez a la semana, cifra inferior a la de los países analizados (con excepción de España).

TABLA 1. Resumen características sistema de CLP en países analizados

Característica	Países Bajos	Alemania	Bélgica	España	Australia
Fuente principal de financiamiento del sistema					
Impuestos generales			√	√	√
Seguro de Salud			√		
Seguro de largo plazo	√	√	√*		
Copago	√	√	√	√	√
Copago					
Sujeto a nivel de ingreso		√	√*	√	
Clasificación grado de dependencia					
Organización dedicada	√	√		√	
Considera actividades básicas	√	√	√	√	√
Considera actividades instrumentales	√	√	√	√	√
Condiciones asignación beneficios					
Sujeto a nivel de ingreso				√*	
Disponible para todas las edades	√	√	√	√	
Disponible para todo nivel de dependencia	√	√	√	√	√
Beneficios y proveedores					
Enfermería en el hogar	√	√	√	√	√
Cuidado en el hogar	√	√	√	√	√
Residencias de día	-	√	-	√	-
Residencias de largo plazo	√	√	√	√	√
Recursos financieros	√	√	√	√	
Otros (cuidado mental ambulatorio, integración social, subsidios extras en efectivo)	√	√	√	√	√
Participación de privados	√	√	√		√
Cuidadores informales					
Porcentaje tercera edad con cuidados informales	17%	15%	20%	11%	19%

FUENTE: elaboración propia con base en la literatura utilizada en la sección 2.2.

NOTA: se marca con √ si el país cumple con la condición en cada ámbito. \* En el caso español, solo los beneficios en efectivo están sujetos a nivel de ingreso. En Bélgica, solo la comunidad de Flandes tiene seguro de largo plazo, además, esta comunidad es la única en el país que tiene copago asociado a algunos servicios, el cual es bajo.




## 2.2. Descripción de las políticas y programas de cada país

### 2.2.1. Países Bajos

#### *Descripción general y financiamiento*

Primer país en implementar un sistema de seguro obligatorio a toda la población para costear los CLP. El gasto en este tipo de cuidados es el mayor de los países OCDE como proporción del PIB, lo que se traduce en que los montos de beneficios entregados por el sistema también sean mayores. El crecimiento de los costos hasta principios de la década de los 2000 fue en parte compensado con una serie de medidas tales como el racionamiento de la oferta, los controles de precios y la inversión en infraestructura estratégica que sirviera para enfrentar la mayor demanda futura.

Hasta el año 2014 el financiamiento se realizaba mediante contribuciones de todo ciudadano con 15 o más años que recibiera algún tipo de ingreso imponible, correspondientes a 12,15% de sus ingresos, con un límite anual de 3.838 euros (3.341.890 pesos chilenos)<sup>4</sup>. En 2015 se modificó el esquema, descentralizándose la administración y provisión de los beneficios, permitiendo la participación de las aseguradoras y municipalidades en su otorgamiento y reduciéndose la tasa de contribución a 9,65% del ingreso imponible, con un límite anual de 3.241 euros (2.822.060 pesos chilenos).



### Primer país en implementar un sistema de seguro obligatorio a toda la población para costear los CLP.

Inicialmente, todos los beneficios que entregaba el Estado estaban contenidos en el marco legal de la AWBZ (sigla en holandés de “ley general de gastos médicos”) y, posterior a la reforma, los beneficios se distribuyeron en 3 normas con el objetivo de maximizar el uso de recursos: (i) la Nueva Ley de Cuidados de Largo Plazo (Wlz), reemplazante de la AWBZ que cubre el cuidado residencial; (ii) la Ley de Seguro de Salud (Zvw), referida a los cuidados de enfermería y personal en el hogar a cargo de las aseguradoras y; (iii) la Ley de Apoyo Social (Wmo), para el cuidado no residencial a cargo de los municipios. Además de estas 3 nuevas leyes, se agrega una cuarta llamada “Ley de Juventud” (*Jeng-dwet*), orientada a la prevención y cuidado mental para jóvenes, ya que este tipo de beneficios no está incluido en las otras leyes.

La reforma no ha estado exenta de problemas. Por una parte, la asignación de responsabilidades de las entidades fue difusa debido a que no estaban estructuradas para ese tipo de tareas. Por otra parte,

---

<sup>4</sup> Todas las paridades fueron calculadas utilizando tipo de cambio nominal promedio proporcionado por el Banco Central de Chile, para el año 2021 (hasta finales de julio).

para los cuidados que dependen de las municipalidades el resultado fue heterogéneo, habiendo algunas que reportaron falta de recursos, recortando la entrega de beneficios e incluso en algunos casos eliminándolos (Kroneman et al. 2016).

### *Beneficiarios y clasificación*

La identificación de los beneficiarios es realizada por una organización a nivel nacional, el “Centro de evaluación de necesidades de atención” (CIZ, por su sigla en holandés), una entidad pública que depende del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte. Ello, para asegurar la objetividad, la uniformidad de los criterios y la independencia en la identificación de necesidades, evitando así los potenciales conflictos de intereses que podrían tener los proveedores de salud si estos clasificaran el nivel de dependencia. Las personas se dividen en tres grandes grupos según la intensidad del apoyo requerido: (i) cuidado intensivo las 24 horas del día, (ii) cuidado una parte del día, y (iii) apoyo específico en actividades diarias y para la integración social (Van Ginneken y Kroneman, 2015).

### *Beneficios*

Desde la reforma de 2015<sup>5</sup> las personas que requieren cuidados las 24 horas del día pueden optar entre recibirlo en residencias con atención de enfermería, o en sus hogares (cubierto dentro del marco regulatorio de la Wlz). En este último caso existen dos opciones, la entrega de un paquete completo de cuidados o un presupuesto en efectivo, que les permite a los dependientes organizar el cuidado. Para evitar fraudes, los recursos se entregan al asegurador, quien paga al proveedor del servicio elegido por el dependiente, luego de constatar que el contrato corresponda con las horas trabajadas.

**La identificación de los beneficiarios es realizada por una organización a nivel nacional, el “Centro de evaluación de necesidades de atención” (CIZ)**

Para las personas que no requieren apoyo todo el día se entregan cuidados de enfermería en el hogar (cubierto por la Zvw). La responsabilidad de otorgamiento del servicio recae en las aseguradoras y es entregado principalmente por organizaciones de cuidados en el hogar. Este beneficio busca tanto la prevención de niveles de dependencia mayores, como otorgar cuidado y bienestar en el hogar. Al año 2014, el 3,7% de la población mayor de 18 años recibió este tipo de atención.

---

<sup>5</sup> Previo a las reformas del año 2015 todos los beneficios eran entregados a través de la AWBZ.

El último tipo de cuidados —apoyo específico en actividades diarias y para la integración social— tiene como objetivo apoyar a los ciudadanos a mantenerse insertos en la sociedad y es responsabilidad de los municipios. Incluye servicios de apoyo en las actividades para quienes presentan algún tipo de discapacidad física o mental, ayudándoles con la organización de sus vidas diarias, la entrega de ayudas médicas (por ejemplo, sillas de ruedas), entre otros.

Otro tipo de apoyo incorporado en la reforma de 2015 corresponde a cuidados para menores de 18 años que tengan algún tipo de problema de desarrollo, de salud mental o trastorno emocional. Este tipo de servicio también queda a cargo de los municipios y se entrega como un complemento al cuidado de largo plazo existente (que solo aplica para personas mayores de 18 años).

De acuerdo con un reporte de la Inspección de Salud del Ministerio de Salud del país, al año 2014 las residencias tenían que mejorar su nivel de calidad. Por una parte, las competencias del personal no estaban en línea con las necesidades de las personas dependientes, mientras que algunas organizaciones presentaban protocolos incompletos y desactualizados. En 2015 la Inspección de Salud volvió a visitar 50 de los centros estudiados, los que presentaron amplias mejoras en el servicio, pero aun así por debajo de lo exigido por ley (Kroneman et al. 2016).

### *Cuidadores informales*

Al año 2012, aproximadamente el 12% de la población proveía algún tipo de cuidado informal a personas enfermas o con algún grado de dependencia. La mayoría lo hace por periodos largos: el 75% realizaba cuidados por más de 3 meses al año y, en promedio, por más de 5 años (Boer et al. 2009). Según datos de la OCDE, al año 2015, el 17% de la población recibía cuidados informales, de los cuales el 57,8% era realizado por mujeres (OCDE, 2017).

## **2.2.2. Alemania**

### *Descripción general y financiamiento*

El sistema de CLP en Alemania está organizado mediante un esquema obligatorio de seguro de cuidados de largo plazo (SCLP), provisto principalmente por las mismas aseguradoras que proveen el seguro social de enfermedad. Este fue instaurado en 1995 como un quinto e independiente pilar que complementa a los demás que conforman la seguridad social (seguro de enfermedad, de accidente, de desempleo y de previsión de vejez) (Federal Ministry of Health, 2017).

Los beneficios se financian con el dinero recaudado desde quienes actualmente pagan el seguro *pay-as-you-go*<sup>6</sup>. El principio general, sobre el que se hace sostenible el sistema para toda la población, radica en que el financiamiento solo cubre una parte de los costos totales en que debe incurrir el hogar (alrededor de la mitad) (Link 2019). De todas maneras, los beneficios no han sido ajustados por inflación desde la implementación del sistema.


---

<sup>6</sup> Consiste en que las primas cobradas a las personas que están en el mercado laboral y pagan el seguro, financian los requerimientos en CLP del momento.

El sistema de cuidado se divide en dos grupos: (i) el SCLP social, que abarca a 90% de la población, que cubre a empleados y sus familiares, a estudiantes y a jubilados, y es financiado por fondos del seguro social de largo plazo; (ii) el SCLP privado, que cubre al 10% restante de la población que no puede afiliarse al SCLP social<sup>7</sup> o que opta por salirse de este. Inicialmente, la prima para el primer grupo correspondía a 1,95% del ingreso bruto imponible, con un techo de 3.675 euros al mes (3.199.960 pesos chilenos), financiada por el empleador y trabajador (44% y 56%, respectivamente). Las personas con seguro de desempleo y jubilados deben costear el 100% de la prima. En el SCLP privado la prima depende del nivel de riesgo de la persona, según edad y género, aunque tiene un tope legal y, además, es subsidiada parcialmente por el empleador. Cabe destacar que, desde el año 2005, todas las personas mayores de 23 años y que no tienen hijos pagan 0,25 puntos porcentuales (p.p.) extra de prima (independiente de a qué grupo pertenezcan), tanto porque es más probable que carezcan de cuidadores informales o apoyo familiar, como porque si no tienen hijos, en el futuro habrá menos personas financiando los seguros.<sup>8</sup>

Entre los años 2015 y 2017 se realizaron 3 reformas que aumentaron los beneficios. La prima, por tanto, desde 2017 subió a 2,55% del salario bruto y 0,1 p.p. se destinan a un fondo de capital público para financiar la carga creciente esperada de los CLP a partir del año 2035 en adelante.<sup>9</sup>

La reforma incorporó las necesidades de personas con demencia; aumentó el nivel de los beneficios previos de manera significativa, enfatizando el cuidado en el hogar; agregó nuevos servicios de apoyo, como las guarderías de cuidado diario y la asistencia en la vida cotidiana; proporcionó personal de apoyo adicional a los hogares de ancianos y; mejoró la coordinación de la atención, fortaleciendo el papel de los municipios en el otorgamiento de los beneficios.



## Las personas con seguro de desempleo y jubilados deben costear el 100% de la prima.

### *Beneficiarios y clasificación*

Desde que se instauró el sistema, los beneficios otorgados se relacionan exclusivamente con el grado de dependencia de la persona, lo que es calificado por el Servicio Médico de las Cajas del Seguro de Salud (SMCSS). Esta es una entidad independiente encargada entre otras tareas de asesorar los dis-

<sup>7</sup> Hay ciertos rubros de trabajo que tienen aseguramiento privado y, por tanto, no están afiliados al sistema de aseguramiento social, haciendo que sea en estos casos necesario contratar el SCLP privado.

<sup>8</sup> Exceptuando a las personas nacidas antes de 1940.

<sup>9</sup> Actualmente se está reservando parte de la prima para poder financiar el aumento del gasto futuro. Haciendo que, a partir del año 2035, no solo se financien los servicios con las primas de los trabajadores del momento, sino también con el capital ahorrado durante los años previos.

tintos seguros de salud, como también realizar los procesos de evaluación necesarios para optar a los beneficios.

La evaluación incluye aspectos físicos, cognitivos y psicológicos. Los beneficios pueden ser reclamados si la persona necesita ayuda con 2 o más actividades básicas del día a día, y una o más actividades instrumentales del día a día por un periodo mínimo de 6 meses.

La categorización del nivel de dependencia tiene 5 niveles. El más básico tiene un objetivo de control y prevención, donde personas con ligeros niveles de dependencia puedan mantenerse el mayor tiempo posible sin empeorar su condición. El más alto corresponde a personas que requieren cuidados intensivos durante todo el día.

La evaluación considera los impedimentos en 6 áreas, evaluando en una escala de 0 a 3, donde 0 implica poder realizar determinada actividad sin ayuda, y 3 no poder realizarla ni siquiera por partes. Se ponderan los puntajes obtenidos en cada categoría y, con los resultados, se clasifica a la persona en uno de los 5 niveles de dependencia, siendo el 1 el grupo de control, y el 5 el más grave (tabla 2).

**TABLA 2.** Aspectos analizados para la clasificación del nivel de dependencia

Aspectos analizados	Ponderación	Ejemplos actividades
Movilidad	10%	Subir escaleras, moverse dentro del hogar
Habilidades cognitivas y comunicacionales	15%	Orientación espacial, temporal y participación dentro de una conversación
Patrones de comportamiento y problemas psicológicos		Inquietud nocturna, defensa contra procedimientos de enfermería
Auto cuidado	40%	Lavarse, vestirse, comer, beber, usar el baño
Dominar y tratar de forma independiente los requisitos y cargas relacionadas con la terapia/enfermedad	20%	Tomar medicamentos, medición de glucosa en la sangre, cuidado del estómago, visitar el médico
Estructurar vida cotidiana y los contactos sociales	15%	Ocuparse, organizar la rutina diaria, mantener relaciones humanas fuera del entorno inmediato

FUENTE: Link (2019).

Las personas que tengan alta necesidad de atención con demandas especiales de CLP pueden ser categorizadas en el nivel 5 basado en la decisión de una enfermera experta, independiente de que no tengan la cantidad de puntos necesarios para caer en esa categoría, las que son tratadas como casos excepcionales. Para estos casos, la entidad a cargo es *The National Association of Statutory Health Insurance Funds*, organización pública que agrupa a las cajas de seguros de CLP en el país, estableciendo los requisitos especiales para analizar estos casos y las guías de evaluación.

### *Beneficios*

El sistema de SCLP alemán ofrece beneficios tanto en establecimientos especializados como de asistencia en el hogar. Esto último puede ser en efectivo para contratar cuidados informales por parte de un familiar, así como también apoyo formal para enfermería y asistencia personal. Al optar por beneficios formales, se debe elegir entre varios proveedores profesionales, para lo cual las aseguradoras otorgan información sobre la calidad, costos y recomiendan proveedores y servicios apropiados a las necesidades. La persona beneficiada tiene libertad de elección entre estos beneficios, pudiendo incluso combinarlos.

Todos los beneficios entregados respetan estándares de calidad fijados por ley. Asimismo, cualquier entidad que sea proveedora de servicios debe cooperar con las inspecciones de calidad.

La duración del cuidado se determina de acuerdo con las necesidades particulares de la persona, los tiempos que requiere para realizar las diferentes tareas del día y lo que es capaz o no de hacer autónomamente. Previo a las reformas antes mencionadas, se fijaban los tiempos según el grado de dependencia, sin embargo, actualmente esto se utiliza solo de guía.

El monto de cada beneficio varía según si se entrega en efectivo o en servicios con reembolso, y en el hogar o en alguna residencia especializada. A las personas clasificadas con grado 1 de dependencia se les entrega, en general, un monto de 125 euros mensuales (108.842 pesos chilenos), a través de un cupón que se puede utilizar solamente en residencias, o en servicios de cuidados reconocidos bajo la ley federal. Por otro lado, para aquellos clasificados entre el grado 2 y 5 de dependencia, los montos mensuales varían dependiendo del tipo de beneficio que soliciten, según se presenta en la tabla 3.

**TABLA 3.** Montos mensuales de beneficios por nivel de dependencia año 2017 (en euros)

Nivel de dependencia	Cuidado en el hogar		Residencias (centros de día y de noche)
	Beneficio en efectivo	Beneficios en servicios	
Grado 2	316	689	689
Grado 3	545	1.298	1.298
Grado 4	728	1.612	1.612
Grado 5	901	1.995	1.995

FUENTE: Federal Ministry of Health (2017).

Al año 2017, el 70% de las personas optaba por beneficios en efectivo (Riedel, 2017), y la mayoría tenía que realizar copagos sujetos al nivel de ingreso (con un tope legal). Para los que requieren de un apoyo adicional, existen asistencias sociales a nivel municipal como complemento a lo entregado en la tabla anterior, sujetas a la verificación de los ingresos en el hogar, y variable entre municipios.

### *Cuidadores informales*

Según datos de la OCDE, para el año 2015 el 15% de la población con 50 años o más recibe cuidados informales al menos una vez a la semana, de los cuales el 61,8% eran ejercidos por mujeres (OCDE 2017).

Por último, un tema muy importante es que los sistemas, además de ofrecer servicios de cuidado para la persona dependiente, deben fomentar servicios de capacitación, apoyo y respiro<sup>10</sup> a los cuidadores. A modo de ejemplo, en Alemania existen subsidios de apoyo para cuidadores informales que realizan cuidados a dependientes de grados 2 a 5 por más de 10 horas a la semana y que trabajan menos de 30 horas a la semana en otros empleos. Por otro lado, Alemania, al igual que otros países como Francia o Canadá, conceden cierta flexibilidad laboral a quienes acreditan estar cuidando un familiar con dependencia, entregando facilidades como, por ejemplo, trabajar media jornada o permisos sin goce de sueldo. Estos apoyos se complementan con programas de respiro, otorgando la disponibilidad de asistentes para casos puntuales en los que el cuidador familiar esté de vacaciones o con problemas de salud (Riedel 2017, Joël et al. 2010, Canadian Healthcare Association 2009).

### **2.2.3. Bélgica**

#### *Descripción general y financiamiento*

En el sistema de CLP belga los beneficios son organizados complementariamente por la administración federal, y las regiones y comunidades, siguiendo la estructura de responsabilidades establecidas en la Constitución del país. El grueso de los beneficios está incluido dentro del seguro social de salud obligatorio del país, financiado mediante contribuciones de seguridad social e impuestos generales, a nivel federal. Aunque no es directamente un seguro orientado a CLP, cubre gran parte de los gastos asociados a cuidados de enfermería, paramédicos, rehabilitación para personas con dependencia y prevención de deterioros en la salud, ya que la pérdida de autonomía es considerada como un riesgo médico.

Dado que el seguro nacional de salud solo cubre gastos médicos a las personas dependientes, existen regulaciones y una gama de servicios que se entregan tanto a nivel regional como local según el grado de dependencia del individuo, con el objetivo de complementar la entrega de ayudas que reciben.

Dentro del país, la comunidad de Flandes<sup>11</sup> se diferencia de las otras al incorporar un sistema complementario a la estructura antes descrita. Este se basa en un seguro obligatorio para los CLP, similar a lo utilizado por otros países como Alemania y Países Bajos (cuadro 2).

---

<sup>10</sup> Programas enfocados en apoyar a personas que cuidan dependientes de manera permanente, buscando generar espacios para que estos descansen y puedan recuperar su vida personal.

<sup>11</sup> Comunidad política constituida por los habitantes de la región flamenca y habitantes de la región de Bruselas que son neerlandófonos, o que eligieron definirse como flamencos.

**CUADRO 2.** Sistema en Flandes y seguro de cuidado de largo plazo

Esta comunidad es la primera en presentar un esquema de seguros de CLP separado del seguro obligatorio de salud que tiene el país. Instaurada el año 2001, se administra a nivel local, y se financia a través de una prima fija y obligatoria que se cobra a todas las personas mayores de 25 años que vivan en la región. El seguro entrega un pago mensual a los dependientes, cuyo monto varía dependiendo de si el cuidado será en el hogar o en una residencia.

Los beneficiarios son todos quienes consigan un puntaje mínimo en la escala de evaluación de la región, la que además de incluir actividades instrumentales y básicas del día a día, incluye criterios sociales y de salud mental. Los beneficiarios también pueden probar su dependencia a través de otros medios, tales como acreditar que están viviendo en una residencia. No existen restricción de edad ni de ingresos (a diferencia del nivel federal), pero está limitado a los residentes de esta región y de la capital, Bruselas (con ciertas limitaciones).

FUENTE: Willeme (2010), OCDE (2011).

*Beneficiarios y clasificación*

El sistema nacional está orientado a cubrir las necesidades de personas dependientes, ya sea por envejecimiento como por discapacidades o enfermedades crónicas.

Para ser beneficiario se debe realizar una solicitud de CLP contactando a un médico (generalmente el de cabecera), una enfermera calificada o un trabajador social, quienes evalúan la severidad de las limitaciones para realizar actividades instrumentales. Existen diferentes escalas oficiales para analizar el grado de dependencia según sea el beneficio particular al que se esté postulando, y a diferencia de los otros países vistos, no hay una clasificación general que se use a nivel nacional para optar a todos los beneficios directamente, a pesar de lo anterior, todas las escalas utilizadas son extensiones de la escala de Katz (Willeme 2010).

**CUADRO 3.** Principales índices medición dependencia

Existen muchas formas de medir el nivel de dependencia y discapacidad. Enfocadas principalmente en analizar la capacidad de la persona en realizar actividades básicas e instrumentales de manera autónoma.

Las escalas más utilizadas son la de Katz y de Barthel. La primera analiza la autonomía en 6 áreas de actividades básicas tales como, bañarse, vestirse, ir al baño, traslados, continencia y alimentación. La segunda, analiza la dependencia en torno a 10 áreas, incluye las del índice de Katz, y agrega el aseo personal, caminar, capacidad de utilizar escaleras y el uso de silla de ruedas.

En los países analizados en este trabajo, se observa que Alemania y Bélgica utilizarían la escala de Katz, mientras que España la de Barthel.

FUENTE: Holmes (2021).

A diferencia de otros países revisados, no hay una entidad particular encargada de determinar el grado de dependencia. No obstante, se realizan evaluaciones aleatorias del grado de dependencia del individuo por parte de algún profesional médico bajo el auspicio de Instituto Nacional del Seguro de Salud, que depende del Ministerio de Salud Pública e Interés Social, con el objetivo de que la categorización del nivel de dependencia sea el correcto, teniendo potestad de poder cambiarla en caso de que no sea correcta.




### *Beneficios*

Los beneficios se dividen en dos grupos: los asociados al seguro de salud general, que cubren principalmente los gastos médicos derivados de la dependencia (tales como cuidados de enfermería, paramédicos, entre otros), y los que entregan las administraciones regionales y locales, para complementar los del seguro de salud.

El segundo grupo se entrega principalmente a través de asignaciones para cuidados y de servicios. Estos últimos dependen de las necesidades, pudiendo ser cuidados en el hogar (servicios de enfermería o apoyo en tareas rutinarias), centros de día o incluso en residencias de largo plazo. Los copagos son bajos o nulos para los cuidados de enfermería y las residencias.

Los cuidados y servicios de enfermería en el hogar se enfocan en adultos mayores que necesiten apoyo con actividades instrumentales. Los beneficios dependen del puntaje alcanzado y de lo que (no) cubre el seguro de salud obligatorio (que en general es todo o la mayoría de los costos médicos). El apoyo en el hogar para tareas básicas se otorga luego de que la persona postule específicamente a ese servicio a través de un trabajador social de su localidad, quien evalúa su grado de dependencia para realizar actividades instrumentales.



### Los cuidados y servicios de enfermería en el hogar se enfocan en adultos mayores que necesiten apoyo con actividades instrumentales.

Los dos principales beneficios en efectivo están orientados a aliviar la carga de los gastos en temas no médicos (ya que los gastos médicos son cubiertos por el seguro de salud). El primero es a nivel federal, para personas con más de 65 años que logran un puntaje mínimo en una escala que incluye dificultades tanto para actividades del día a día como instrumentales. El monto del beneficio depende de la situación financiera de la persona, considerando sus ingresos y bienes. El segundo es un subsidio llamado *care allowance for the elderly* (CAE), entregado a nivel regional, y alcanza un monto de hasta 571 euros al mes (497.191 pesos chilenos), según el grado de dependencia y los ingresos de la persona.

El año 2004 se incorpora a nivel regional un sistema de cupones para servicios, los que permiten contratar cierto número de horas de trabajo doméstico a un precio reducido. Esto surge como complemento a los otros servicios de apoyo doméstico.

Mientras a nivel federal no existen regulaciones específicas a CLP, a nivel regional existen diferentes instrumentos legislativos que regulan una amplia gama de aspectos sobre la provisión de servicios tanto como las condiciones necesarias de los proveedores, la integración de los servicios y el monitoreo de los niveles de calidad (Pacolet y De Wispelaere 2018).

### *Cuidadores informales*

Al año 2015, según datos de la OCDE, Bélgica tiene al 20% de la población de 50 años o mayor con cuidados informales, siendo la segunda cifra más alta de la OCDE, de los cuales el 58,4% de los cuidados son realizados por mujeres (OCDE 2017).

## **2.2.4. España**

### *Descripción general y financiamiento*

A finales del año 2006 comenzó a regir en España una ley orientada a la creación de un sistema de CLP<sup>12</sup>. Con ella se otorga el derecho de protección social para todas las personas que demuestren tener una residencia en el país de al menos 5 años y que cumplan uno de los tres grados de dependencia establecidos por la regulación (European Commission 2016).

El sistema se financia a través de impuestos, que cubren una parte de los gastos; y de copagos por parte de los beneficiarios, acorde con su nivel de ingresos y con los bienes y servicios que reciben. Los recursos provienen de tres fuentes; la básica, desde el gobierno central y que otorga un nivel mínimo de protección (23,7% del financiamiento), y dos desde las comunidades autónomas (CA)<sup>13</sup> del país. De estas últimas, la primera es una mezcla de copago entre la CA y el gobierno central (33,7% del financiamiento) y la segunda es totalmente dependiente de la CA (42,6% del financiamiento). Lo anterior produce grandes diferencias entre comunidades respecto de los beneficios (Peña-Longobardo et al. 2016).

La estructura inicial del sistema de cuidados estaba pensada para ir beneficiando a la población de manera progresiva, partiendo en 2007 con las personas de mayor dependencia (grado III), hasta llegar en 2014 a los grupos con dependencia moderada (grado I). Sin embargo, no se logró avanzar según lo estipulado, por varias razones. Primero, por la inexistencia de un presupuesto definido de inversión para garantizar el catálogo de servicios ofrecido; segundo, por la falta de armonización en los aportes del beneficiario (copagos), ya que estos varían en cada CA y; tercero, por la diferencia de precios de los servicios entre las comunidades, que provocó en algunos casos la insuficiencia de los beneficios en efectivo para contratar la ayuda formal necesaria.

Además, la crisis financiera del año 2008 y la posterior recesión económica, disminuyeron la recaudación de impuestos y, por ende, el presupuesto del programa. Ello implicó que el copago de los beneficiarios creciera en casi 70% entre 2009 y 2013 (Peña-Longobardo et al. 2016). Asimismo, las horas de asistencia a los hogares y los beneficios monetarios se redujeron en torno al 15% (Rodríguez-Cabrero et al. 2018) y se retrasó la incorporación de personas con dependencia severa y moderada (grado II y I).

<sup>12</sup> Ley 39/2006 para la Promoción de la Autonomía Personal y Asistencia de Personas en Situación de Dependencia.

<sup>13</sup> España está conformada por 17 comunidades autónomas, que son entidades territoriales dotadas de autonomía, con instituciones y representantes propios y algunas competencias legislativas, ejecutivas y administrativas.

## Otro problema que tuvo el sistema fueron las listas de espera de quienes presentaban niveles altos de dependencia, que alcanzaron más de 300.000 personas en 2011.

Otro problema que tuvo el sistema fueron las listas de espera de quienes presentaban niveles altos de dependencia, que alcanzaron más de 300.000 personas en 2011, cifra que luego comenzó a disminuir debido a la deserción de los inscritos. Al año 2015, cuando se incorporó a las personas con grado II de dependencia, las listas aumentaron hasta llegar a cerca de 434.000 (Rodríguez-Cabrero et al. 2018).

### *Beneficiarios y clasificación*

Para categorizar el nivel de dependencia se incluye tanto a personas con problemas físicos, como mentales, intelectuales y sensoriales que requieran el cuidado de un tercero o de ayuda significativa para el desarrollo de las actividades básicas del día a día. El proceso de categorización se realiza en la CA correspondiente al lugar de residencia del beneficiario y la evaluación es válida dentro de todo el territorio español. Frente a un cambio de domicilio, no se puede cambiar la valoración (Gutiérrez et al. 2010).

El grado y nivel de dependencia se determina utilizando una escala *ranking*. Hay 10 grupos de actividades divididas en 47 tareas, las que reciben una ponderación de acuerdo con la edad de la persona y la presencia de algún grado de discapacidad mental o cognitiva. Esto se complementa con el grado de apoyo requerido y con todo ello se calcula el puntaje, lo que permite clasificar a la persona en alguno de los 3 grados de dependencia (tabla 4).

**TABLA 4.** Grados y niveles de dependencia según puntaje

Grado	Nivel	Puntaje
Dependencia mayor (grado III)	Nivel 2	90-100
	Nivel 1	75-89
Dependencia severa (grado II)	Nivel 2	65-74
	Nivel 1	50-64
Dependencia moderada (grado I)	Nivel 2	40-49
	Nivel 1	25-39
No dependiente		0-24

FUENTE: Peña-Longobardo et al. (2016).

### *Beneficios*

El sistema de CLP español entrega diferentes tipos de servicios, tanto en servicios como en efectivo (este último, sujeto a condiciones). El catálogo global se divide principalmente en 5 grupos:

- (i) Servicios de prevención de dependencia y promoción de autonomía personal: principalmente orientados a prevenir el agravamiento de los efectos secundarios producidos por enfermedades o discapacidades.
- (ii) Sistema de alerta personal: utilización de tecnologías de información, con el objetivo de tener respuesta inmediata frente a emergencias, peligro o soledad (no disponible para personas atendidas en residencias).
- (iii) Servicio de ayuda en el hogar: provista por entidades o compañías acreditadas, incluye apoyo en temas domésticos, tales como limpieza, lavado, cocina, entre otros. También considera cuidado personal orientado a la realización de actividades básicas.
- (iv) Centros de día y noche: otorgan cuidado durante el día o noche de la persona dependiente, con el objetivo de mejorar o mantener el mayor nivel de autonomía personal posible y apoyar a las familias de los dependientes. Estos se dividen en centros de día para personas menores de 65, mayores de 65, personas con requerimiento de cuidado especial y en centros de noche<sup>14</sup> adaptados a los requerimientos de la edad de la persona dependiente.
- (v) Centros de residencia permanente.

La provisión de los beneficios antes mencionados es realizada directamente por la Administración pública y no puede ser objeto de delegación, contratación o subvención a entidades privadas.

Solamente en los casos donde la Administración a cargo no es capaz de proveer tales servicios, la persona dependiente tiene el derecho de recibir beneficios financieros para cubrir los requerimientos, los que se dividen en 3:

- (i) Servicios de salud (como cuidados de enfermería).
- (ii) Cuidado informal, el que debe ser realizado por familiar directo.
- (iii) Asistencia personal (como asistencia en tareas diarias o instrumentales).

El monto depende, tanto del nivel de dependencia como de los ingresos del hogar y de la CA correspondiente (tabla 5).

---

<sup>14</sup> Los centros de noche están enfocados en otorgar atención nocturna a personas en situación de soledad y/o dependencia con el fin de apoyar tanto a los usuarios, como brindar apoyo a las familias cuidadoras. Excepcionalmente pueden también recibir personas que estén asistiendo a centros de día, mientras se espera el ingreso a un centro residencial permanente.

**TABLA 5.** Montos de los beneficios financieros mensuales en euros (promedio) 2018

Grado dependencia	Beneficios asociados a servicios	Beneficios financieros para cuidado informal	Beneficio financiero para asistencia personal
Grado III	715,1	387,6	715
Grado I	300	153	300

FUENTE: Rodríguez-Cabrero et al. (2018).

Dentro de los objetivos de la regulación está que los beneficios se entreguen en términos de los 5 grupos de servicios antes mencionados, siendo la entrega de efectivo la última alternativa cuando no se logra cubrir la demanda. A pesar de lo anterior, a octubre del año 2015, el 37% de los beneficiarios estaba recibiendo dinero (Peña-Longobardo et al. 2016).

### *Cuidado informal*

Según datos de la OCDE, en promedio, al año 2015, el 11% de las personas con 50 años o más recibía cuidado informal, de los cuales el 61,8% de sus cuidadores eran mujeres (OCDE 2017). Según Miguela y Camacho (2015) el 15,7% de las personas dependientes de más de 65 años recibe cuidado formal e informal, mientras que el otro 84,7% de las personas solo recibe cuidado informal.

## **2.2.5. Australia**

### *Descripción general y financiamiento del sistema*

Los CLP de este país están asociados a políticas de bienestar para el envejecimiento de la población. El principal documento legal donde se enmarca la regulación del sistema australiano reside en *The Federal Aged Care Act 1997*, que menciona las principales funciones del Estado, los fondos a utilizar, la regulación y la acreditación de los servicios entregados. El sistema es complejo y envuelve la participación de diferentes niveles de gobierno y de actores. La mayoría de las ayudas se otorgan por el Gobierno federal y de cada estado, según el nivel de dependencia del individuo y de la intensidad de los cuidados requeridos. El financiamiento proviene principalmente de impuestos generales que, dependiendo del nivel de ingreso del beneficiario, se complementan con copagos.

### *Beneficiarios y clasificación*

A diferencia de los otros países analizados, en Australia los CLP se enfocan exclusivamente en el envejecimiento, por lo que las condiciones para ser beneficiario son tener 65 años o más, y requerir apoyo en las tareas diarias que se realiza (Department of Health 2021).

Los beneficiarios se clasifican en dos grandes grupos: (i) Bajo nivel de dependencia, compuesto por quienes necesitan poca ayuda en actividades básicas, tales como higiene personal, medicación y comi-

das, pero no cuidados de enfermería o terapia para mantener su independencia. También se consideran a quienes padecen altos niveles de apoyo a nivel de comportamiento y cognitivo, pero poco en las actividades del día a día. Este último subgrupo demanda mayor atención que el primero. (ii) Alto nivel de dependencia, que incluye a quienes necesitan un nivel alto de asistencia en al menos un área de actividades del día a día, padecen de salud compleja, o tienen cierto nivel de necesidad en la mayoría de las áreas de actividades analizadas. Generalmente se les otorga apoyo las 24 horas del día, incluyendo ciertos cuidados de enfermería.

La mayoría de las ayudas se otorgan por el Gobierno federal y de cada estado, según el nivel de dependencia del individuo y de la intensidad de los cuidados requeridos.

### *Beneficios*

En el sistema australiano existen cuatro grandes tipos de programas:

- (i) **Commonwealth Home Support Program (CHSP):** corresponde al nivel más básico de cuidado, orientado a personas con un nivel mínimo de dependencia que están en condiciones de seguir viviendo en su hogar. Este programa incluye apoyo en ámbitos de integración social, transporte, compras, cuidado personal, mantenimiento y modificaciones del hogar, cuidados de enfermería, enfermería comunitaria<sup>15</sup>, comidas y algunos servicios de salud.
- (ii) **Home Care Packages (HCP):** este programa está orientado a las personas que requieren un nivel de apoyo mayor a los que entrega el CHSP. Corresponde a una paleta de servicios más intensivo de cuidados personales y clínicos, entregados por un proveedor aprobado, dividido en cuatro tipos, según la intensidad en el apoyo. Las personas que postulan a este programa entran a una lista de espera hasta que un paquete se les asigne. A marzo del 2019, 75.000 personas estuvieron en lista de espera para recibir el paquete, de los cuales el 95% ya había sido aceptado para recibirlo (Dyer et al. 2019).

Se han ido agregando nuevos beneficios con base en las necesidades de la comunidad local, por lo que hay mucha diferencia entre estados, como dentro de estos. Los programas antes descritos, están enfo-

<sup>15</sup> Tipo de enfermería enfocada en que la familia y comunidad de la persona dependiente adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten el autocuidado. Es una forma complementaria a la enfermería asistencial que se enfoca principalmente en el cuidado directo del dependiente.

cados en mantener a la persona dependiente la mayor cantidad de tiempo posible dentro del hogar y su entorno, haciendo que los siguientes dos programas sean la última opción:

- (iii) **Cuidado residencial:** provisto por instituciones que ofrecen servicios de cuidados para personas con altos niveles de dependencia, son de carácter permanente o largo plazo y corresponden a la mayoría de las residencias disponibles. Los fondos se entregan en base a los gastos históricos y el crecimiento de los presupuestos otorgados a las instituciones que proveen los servicios dependen de su capacidad de abordar las necesidades de las comunidades locales y de la calidad.<sup>16</sup>
- (iv) **Residencias de corto plazo:** residencias enfocadas en cuidados por periodos cortos de tiempo. Principalmente ofrecen soporte por: (i) hasta 12 semanas después de haber salido de un tratamiento intensivo en un hospital, (ii) por hasta 8 semanas para casos en que se aplique cuidado de restauración enfocado en que la persona recupere niveles de independencia y (iii) algunas horas diarias en programas de respiro de apoyo a los cuidadores de la persona con dependencia.

Los últimos dos programas están sujetos a un copago por parte de la persona dependiente según el nivel de ingresos.

A marzo del 2019, 75.000 personas estuvieron en lista de espera para recibir el paquete, de los cuales el 95% ya había sido aceptado para recibirlo.

### *Cuidado informal*

Los cuidadores informales forman parte importante del sistema, siendo un apoyo esencial en el programa básico (CHSP), y son considerados en el nivel de intensidad de beneficios entregados en el segundo programa (HCP). Los trabajadores de CLP no tienen un nivel de entrenamiento determinado por ley, a pesar de que existen programas nacionales de entrenamiento (al año 2008, el 30% de los cuidadores del programa básico no tenían calificación relevante alguna). Además, al año 2015 el 19% de la población de 50 años o más recibía cuidados informales al menos una vez a la semana, de los cuales el 54,5% de los cuidados eran realizados por mujeres (OCDE 2017).

Dada la gran proporción de cuidadores informales en este país, este año (2021) el departamento de salud del gobierno de Australia incorporará inversión para apoyarlos, particularmente en el cuidado de personas con demencia. El Gobierno estima que existen en la actualidad alrededor de 428.500 cuidadores informales que son el cuidador primario de personas de 65 años o más (Department of Health 2021).

<sup>16</sup> La entidad encargada de revisar la calidad de las instituciones que prestan servicios relacionados con los CLP es *The Aged Care Quality and Safety Commission*, entidad pública del gobierno australiano.

# 3.

## RECOMENDACIONES Y COMENTARIOS FINALES

De la evidencia presentada surgen una serie de buenas prácticas y recomendaciones que pueden ser útiles para Chile. Primero, parece positivo contar con criterios únicos u homologables para evaluar el nivel de dependencia y los cuidados requeridos en todo el país, lo que permite una categorización válida a nivel nacional, así como mayor transparencia y ecuanimidad en el trato a las personas.

Segundo, el mecanismo de evaluación del nivel de dependencia debe considerar no solo aspectos físicos, sino también psicológicos y cognitivos para conseguir una apreciación y atención completa de las personas. Ello permite incluir como beneficiarios, por ejemplo, a quienes presentan afecciones mentales u otros problemas de salud no físicos que afectan su independencia. Dada su importancia, estos aspectos se han ido incorporando en la evaluación de la dependencia, como se observó en el caso alemán.

Tercero, se observa como buena práctica el contar con una entidad externa, especializada e independiente, a cargo de la evaluación de la dependencia o de la validación de los peritajes realizados por otras instituciones y personas, o de ambos. Ello otorga legitimidad al sistema, al evitar potenciales conflictos de intereses.

Cuarto, es importante monitorear la calidad de los servicios entregados, con el fin de hacer un uso y distribución eficiente de los recursos y de mantener la independencia de la población el mayor tiempo posible. Por ejemplo, en Alemania los aseguradores a cargo de la administración y compra de los beneficios se encargan de certificar la calidad y de recomendar a los mejores proveedores. En Australia, para poder ser proveedor o recibir más fondos por parte del Estado, se exige el cumplimiento de estándares de calidad controlados periódicamente.

Quinto, se debe considerar la coordinación en la entrega de los servicios y asistencia a la dependencia, especialmente cuando hay diversas instituciones a cargo del financiamiento, administración o entrega de los servicios y cuando estas actividades se realizan en diferentes niveles de la administración territorial (municipios, estados, nivel central).

Sexto, en la misma línea, se debe considerar que cuando el financiamiento está desagregado a niveles locales, habrá diferencias en su magnitud, lo que puede generar que el acceso a los beneficios y los mismos servicios y bienes recibidos difieran para personas con iguales niveles de dependencia.


Séptimo, deben existir mecanismos que aseguren la sostenibilidad del sistema tanto frente a cambios que impacten la economía como al crecimiento en la demanda debido al envejecimiento de la po-



blación, evitando lo observado en España a raíz de la recesión. En la evidencia recopilada se observa que los sistemas de seguros resisten mejor el impacto de los problemas mencionados. Una práctica destacable en el caso alemán es que parte de la prima cobrada se guarda para el aumento esperado del gasto futuro. Asimismo, los copagos y los mecanismos que permitan reducir los costos ayudan en la contención del gasto.

Octavo, los beneficios deben considerar la prevención de la dependencia y los tratamientos que permitan evitar o retrasar el deterioro de salud, alargando lo más posible la independencia de las personas.

Finalmente, en casi todos los esquemas revisados se incluye a personas de todos los rangos etarios, puesto que la dependencia no es exclusiva de la vejez. Ello impacta positivamente la equidad en la recepción de los beneficios y la prevención de mayores niveles de dependencia futura en las personas.



En casi todos los esquemas revisados se incluye a personas de todos los rangos etarios, puesto que la dependencia no es exclusiva de la vejez.

## Referencias

**Australian Human Rights Commission** (2019). Australia's protection of older persons for long-term care, autonomy and Independence.

**Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M., Rídao-López, M., Hernández-Quevedo, C., y World health Organization** (2018). Spain: Health system review. Health Systems in Transition, 2018.

**Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Oliveri, M. L., Medellín, N. y Stampini, M.** (2019). *Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe* (Vol. 745). Inter-American Development Bank.

**Canadian Healthcare Association** (2009). Home care in Canada: From the margins to the mainstream. Canadian Healthcare Association.

**Costa-Font, J., Courbage, C., y Swartz, K.** (2015). Financing long-term care: ex ante, ex post or both? *Health Economics*, 24, 45-57.

**De Boer, A., Broese Van Groenou, M. I., y Timmermans, J.** (2009). Mantelzorg, een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. (SCP; No. 2009/5). Sociaal en Cultureel Planbureau.

**Department of Health** (2021). What is Aged Care? Australian Government. Disponible en: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/home-care-pillar-1-of-the-royal-commission-response-support-for-informal-carers.pdf> [22 de julio 2021].

**Department of Health** (2021). Home Care budget 2021-2022. Australian Government. Disponible en: <https://www.health.gov.au/health-topics/aged-care/about-aged-care/what-is-aged-care> [22 de julio 2021].

**Dyer, S., Valeri, M., Arora, N., Ross, T., Winsall, M., Tilden, D., y Crotty, M.** (2019). Review of International Systems for Long-Term Care of Older People: Report prepared for the Royal Commission into Aged Care Quality and Safety: research paper 2.

**European Commission** (2016). Spain: Health Care & Long-Term Care Systems.

**Federal Ministry of Health** (2017). Peer Review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system”. European Commission.

**Gazmuri, J. y Velasco, C.** (2021). “Personas dependientes: ¿quiénes son, quiénes los cuidan y cuál es el costo de la asistencia?”. *Puntos de Referencia*, 562.

**Gibson, M. J. S., y Redfoot, D. L.** (2007). *Comparing long-term care in Germany and the United States: what can we learn from each other?* Washington (DC): AARP Public Policy Institute.

**Gray, L., Cullen, D., y Lomas, H. B.** (2014). Regulating long-term care quality in Australia. Regulating long-term care quality: An international comparison, 149.

**Gutiérrez, M. F., Jiménez-Martín, S., Vegas Sánchez, R., y Vilaplana, C.** (2010). The long-term care system for the elderly in Spain (ENEPRI Research Report No. 88).

**Hojman, D., Duarte, F., Ruiz-Tagle, J., Budnich, M., Delgado, C., y Slachevsky, A.** (2017). The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile.

**Holmes, W.** (2021). Projecting the Need for and Cost of Long-Term Care for Older Persons.

**Instituto Nacional de Estadísticas** (2015). Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales.

**Instituto Nacional de Estadísticas** (2021). Género y empleo: impacto de la crisis económica por COVID-19.

**Joël, M. E., Dufour-Kippelen, S., Duchêne, C., y Marmier, M.** (2010). The long-term care system for the elderly in France. Centre for European Policy Studies.

**Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M., Groenewegen, P., Jong, J. D., y Ginneken, E. V.** (2016). The Netherlands: health system review. Health system in transition.

**Link, S.** (2019). Long-term care reform in Germany –at long last. *British Actuarial Journal*, 24.

**Minguela M.A., y Camacho, J.A.** (2015). Cuidados mixtos y cuidados informales a los mayores dependientes,

¿Son complementarios o sustitutivos?: una visión comparada entre los países del sur de Europa. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de Servicios Sociales*, (58), 15-25.

**OCDE** (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.

**OCDE** (2017). Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE.

**OCDE** (2019). Health at Glance 2019: OECD Indicators.

**OECD/European Commission** (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. OECD Health Policy Studies.

**Organización Mundial de la Salud** (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud.

**Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., García-Armesto, S., y Hernández-Quevedo, C.** (2016). The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy*, 120(10), 1177-1182.

**Pacolet, J., y De Wispelaere, F.** (2018). ESPN Thematic report on challenges in long-term care: Belgium. European Commission.

**Raad, S. E.** (2008). *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*. SER, Sociaal-Economische Raad.

**Riedel, M.** (2017). Peer Review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system”: Bypassing or catching up on Austrian standards?; Peer Country Comments Paper-Austria. European Commission.

**Rodríguez-Cabrero, G., Codorniu, J. M., González de Durana, A.A., Marbán, V., y Moreno, F. J.** (2018). EPSN Thematic Report on Challenges in long-term care: Spain. European Commission.

**Schut, E., Sorbe, S., y Høj, J.** (2013). Health care reform and long-term care in the Netherlands.

**Schut, F. T. y Van Den Berg, B.** (2011). Long-Term Care Insurance in the Netherlands (103-124). Costa-Font, J., y Courbage, C. (ed.), *Financing long-term care in Europe*. Palgrave Macmillan.

**Van Ginneken, E., y Kroneman, M.** (2015). Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle? *Eurohealth*, 21(3), 47-50.

**Willeme, P.** (2010). The Belgian Long-term Care System. *ENEPRI Research Report* No. 70, 28 May 2010.

**Zuchandke, A., Reddemann, S., y Frummaker, S.** (2011). Long-Term Care Insurance in the Germany (103-124). Costa-Font, J., y Courbage, C. (ed.), *Financing long-term care in Europe*. Palgrave Macmillan.



CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS



Cada artículo es responsabilidad de su autor y no refleja necesariamente la opinión del CEP.

Director: Leonidas Montes L.

Editor: Rafael Sánchez F.

Diagramación: Pedro Sepúlveda V.



[VER EDICIONES ANTERIORES](#)

