

# Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile

Helia Molina  
Luis Sarmiento  
Natalia Aranco  
Patricia Jara

División de Protección Social y  
Salud

NOTA TÉCNICA N°  
IDB-TN-2004

# Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile

Helia Molina  
Luis Sarmiento  
Natalia Aranco  
Patricia Jara

Septiembre 2020

Catalogación en la fuente proporcionada por la  
Biblioteca Felipe Herrera del  
Banco Interamericano de Desarrollo  
Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile / Helia Molina, Luis Sarmiento,  
Natalia Aranco, Patricia Jara.  
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2004)  
Incluye referencias bibliográficas.  
1. Older people-Services for-Chile. 2. Older people-Care-Chile. 3. Older people-  
Government policy-Chile. 4. Chile-Social policy. I. Molina, Helia. II. Sarmiento, Luis.  
III. Aranco, Natalia. IV. Jara Maleš, Patricia. V. Banco Interamericano de Desarrollo.  
División de Protección Social y Salud. VI. Serie.  
IDB-TN-2004

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



[scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

[www.iadb.org/Social/Protection](http://www.iadb.org/Social/Protection)



# Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Chile

Co-publicación BID-Eurosocial

Helia Molina  
Luis Sarmiento  
Natalia Aranco  
Patricia Jara



# Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile

Helia Molina   Luis Sarmiento   Natalia Aranco   Patricia Jara<sup>1</sup>

## Resumen

Chile se ha transformado en uno de los países más envejecidos de la región, cuestión que se debe en gran parte al desarrollo del país y a la mejora en sus indicadores epidemiológicos en las últimas décadas. Según la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, un 19.3% de la población tiene 60 o más años, entre la cual el 14.2% presenta algún grado de dependencia funcional. Lo anterior, en conjunto con una disminución de los cuidados familiares, ha generado una importante presión sobre el Estado para el diseño e implementación de servicios de apoyos y cuidados de larga duración.

En este contexto, desde la década del 2000 se ha venido implementando una serie de programas de apoyos y cuidados de larga duración, los cuales van desde la entrega de prestaciones directas a las transferencias monetarias. Sin embargo, en la actualidad esta oferta no necesariamente está articulada a nivel territorial.

Para avanzar en la articulación de la oferta, desde el 2016 se ha venido implementando un sistema de apoyos y cuidados denominado Chile Cuida, el cual ha nacido con una cobertura acotada, pero con proyecciones de crecimiento importantes para los próximos años. Este informe presenta una revisión del cambio demográfico en Chile y de la respuesta del Estado para enfrentar los efectos de dicho cambio. Se identifican además algunos desafíos puntuales y oportunidades de la red de servicios de atención a la dependencia para el futuro a mediano y largo plazo.

Esta nota técnica es publicada en conjunto por el BID y el Programa de la Unión Europea EUROsociAL+, y es parte de una serie de estudios sobre envejecimiento y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia que se encuentran en la página web [Panorama de Envejecimiento y Atención a la Dependencia](#) del BID.

**Clasificación JEL:** H5, I18, J14, J18

**Palabras clave:** envejecimiento, dependencia, atención a la dependencia, inclusión social, América Latina y el Caribe, Chile

---

<sup>1</sup> El estudio fue desarrollado por Helia Molina, Luis Sarmiento, Natalia Aranco y Patricia Jara, cuyos correos electrónicos son [helia.molina@usach.cl](mailto:helia.molina@usach.cl), [l.sarmientoloayza@uandresbello.edu](mailto:l.sarmientoloayza@uandresbello.edu), [natalia.aranco@gmail.com](mailto:natalia.aranco@gmail.com), y [PJARAMALES@iadb.org](mailto:PJARAMALES@iadb.org). Esta nota técnica es parte de una serie de documentos sobre el envejecimiento y los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe, publicada en conjunto por el BID y el programa de la Unión Europea EUROsociAL+. Ha sido elaborada con fondos del Estudio Económico y Sectorial "Envejecimiento y Cuidado de Largo Plazo" del BID. Los autores desean dejar constancia de sus agradecimientos a profesionales del Ministerio de Desarrollo y Salud por su colaboración a través de entrevistas con los autores. Además, agradecer las revisiones de Ferdinando Regalía, Pablo Ibararán, Marco Stampini, Laura Oliveri y Nadin Medellín, así como los comentarios de Andrea Monaco, Franceso Maria Chiodi, Francesca Capparuci y Sofia Chiarucci de EUROsociAL+. El documento fue editado por Susana Ruiz y el diseño de la portada fue elaborado por Diego Vapore. Los errores y omisiones son responsabilidad de los autores. Tanto el contenido como los hallazgos de este documento reflejan la opinión de sus autores y ni las del BID, su Directorio ni los países que representan, ni de la Unión Europea.

## Contenido

Introducción .....	3
Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia .....	5
1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos .....	5
1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor 7	
1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor.....	17
Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia.....	21
2.1 Normativa y marco institucional sobre adultos mayores en Chile.....	21
2.2 Normativa y marco institucional sobre discapacidad en Chile .....	23
2.3 Rol del Estado en la regulación y ejecución de programas sociales para la atención a la dependencia y la discapacidad .....	24
2.3.1 El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC).....	25
<i>Definición y evaluación de la población objetivo .....</i>	<i>25</i>
<i>Organización institucional y territorial de Chile Cuida .....</i>	<i>27</i>
2.6 Presupuesto y cobertura de los programas públicos de atención a la dependencia.....	33
2.7 Mecanismos para asegurar la calidad de los servicios .....	34
2.8 Medidas tomadas para asegurar la continuidad de los servicios en la crisis sanitaria generada por la pandemia del SARS-COV2 .....	36
Sección 3. Servicios privados de atención a la dependencia .....	39
3.1 Servicios brindados por instituciones privadas (con o sin fines de lucro) .....	39
<i>Servicios residenciales .....</i>	<i>39</i>
3.2 Cuidados informales provistos por la red familiar .....	42
Bibliografía.....	46
Bases de datos consultadas.....	53
ANEXO. Información de referencia para programas de atención para el adulto mayor seleccionados.....	54

## Introducción

La población mundial está envejeciendo; para 2050, se espera que la cantidad de adultos mayores de 65 años duplique el número de niños menores de 5, algo sin precedentes en la historia de la humanidad (Naciones Unidas 2019). Esta realidad involucra igualmente a América Latina y el Caribe y, dentro de esta región, a un grupo de países de forma particular, entre los cuales se encuentra Chile. El cambio demográfico puede atribuirse a la mejora en los sistemas sanitarios y al desarrollo en los indicadores económicos y sociales, por lo que, sin duda, debe verse como una buena noticia. Sin embargo, el proceso genera importantes desafíos. Uno de los más importantes se da en el área de la atención a la dependencia funcional de largo plazo<sup>2</sup>. En términos biomédicos, el envejecimiento se asocia con un aumento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles y una pérdida en las capacidades funcionales. Por lo tanto, los cambios demográficos de los últimos años tienen como consecuencia un aumento en el número de adultos mayores que tienen dificultades para realizar sus actividades diarias y que, por lo tanto, necesitan del apoyo de terceros en forma regular.

El aumento en la proporción de personas mayores en situación de dependencia funcional sucede al mismo tiempo que se reduce el contingente de cuidadores<sup>3</sup> familiares, debido a cambios en el mercado de trabajo y en las estructuras familiares. En este sentido, debe destacarse que, históricamente, incluso en los países con mayor inversión en servicios de atención a la dependencia de larga duración, han sido las familias y, dentro de ellas, las mujeres, las que han soportado mayormente la responsabilidad de atender a sus adultos mayores (Cafagna et al. 2019). La disminución del tamaño de la familia y la incorporación de la mujer al mercado laboral, han disminuido el círculo de personas cercanas disponibles para brindar apoyo a personas en situación de dependencia funcional. Esto ha generado una presión sobre el Estado para dar respuesta a la cuestión de los cuidados. En Chile, esto se ha traducido en la implementación reciente de lo que se ha denominado Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Chile Cuida, iniciativa a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

El presente informe presenta una visión sobre el estado actual, tanto de las necesidades como de la oferta de servicios de atención a la dependencia en el país, así como de los esfuerzos del Estado de Chile por abordar los desafíos que surgen de la conjunción de ambas. El documento se organiza de la siguiente manera: en la Sección 1 se presentan las características del proceso de envejecimiento en Chile, y sus consecuencias sobre la potencial demanda de servicios de apoyo de largo plazo; en la Sección 2 se analiza el papel del Estado para dar respuesta a las necesidades de cuidados de la población chilena; la Sección 3 describe la oferta privada de

---

<sup>2</sup> Frecuentemente la literatura, los instrumentos estadísticos (por ejemplo, censos y encuestas) y la normativa de los países utiliza el término de cuidado o servicios de cuidado de larga duración para referirse a los servicios de apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Sin embargo, algunos actores asocian al término con un enfoque paternalista que puede opacar la necesidad de que los servicios de apoyo de larga duración respeten la autonomía de las personas, entendida como la habilidad de tomar decisiones, aún con apoyo si es necesario, de acuerdo con la propia conciencia, los valores, la voluntad y las preferencias de las personas. Por esta razón, a lo largo de esta publicación preferimos utilizar el término de servicios de apoyo de larga duración, siempre que sea posible. En el caso de Chile debe tenerse en cuenta que el término cuidados está incorporado en la propia definición de la política pública, por lo que su uso se encuentra difundido por el mismo Sistema.

<sup>3</sup> Es también importante realizar una aclaración respecto al uso de la palabra cuidador a lo largo del documento. La palabra cuidador puede tener una connotación peyorativa al referirse a las personas con discapacidad. En este sentido, según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidades no tienen necesidades de cuidado, sino que son sujetos con derechos a tomar sus propias decisiones, con la ayuda de asistentes personales, si fuera necesario. La palabra cuidado implica que la persona con discapacidad tiene un rol muy pasivo, como un objeto de asistencia. Así, cuando hablamos de personas con discapacidad, en vez de cuidador la palabra debería ser asistente personal. Es importante señalar, sin embargo, que en el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados de Chile, el concepto de cuidados y de cuidador se plantea para personas con dependencia funcional, y hace referencia a la ayuda o asistencia en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, aun cuando uno de los principales cometidos del Sistema es apoyar la autonomía de las personas con dependencia funcional y en ese sentido es consistente con lo que plantea la Convención.

servicios de apoyo en el país, así como la oferta de cuidados provista por familiares y amigos de manera informal. Por último, en la Sección 4, se concluye con un análisis de los logros y desafíos que el país tiene por delante en este ámbito.



## **Sección 1. Demanda por servicios de atención a la dependencia**

### **1.1 El proceso de envejecimiento y sus desafíos**

Chile se encuentra, desde 2010, en una fase de transición demográfica avanzada, la cual se caracteriza por un descenso sostenido de las tasas de fecundidad y mortalidad, y un crecimiento poblacional anual inferior al 1% (Banco Mundial 2018). La tasa de fertilidad ha experimentado un descenso pronunciado en el país, pasando de 4.85 hijos por mujer en promedio en el período 1950-1955, a 1.65 en el período 2015-2020, por debajo de la tasa de reemplazo de 2.1 hijos por mujer. Para América Latina y el Caribe en su conjunto, estas cifras se ubican en 5.83 y 2.04 respectivamente (Naciones Unidas 2019).

La tasa de mortalidad en el país también ha experimentado un marcado descenso, lo cual se traduce en un aumento sostenido de la esperanza de vida. Chile tiene una de las expectativas de vida más altas de la región, comparada solamente con el grupo de países de altos ingresos. De acuerdo con los datos de Naciones Unidas, el país tenía una expectativa de vida de 54.6 años en el período 1950-1955, mientras que en el período 2015-2020 ésta asciende a 79 años al nacer (82.3 años en el caso de las mujeres y 77.4 años en el caso de los hombres). A modo de comparación, la expectativa de vida para el promedio de América Latina y el Caribe en igual período es de 75.2 años; la de los países de altos ingresos alcanza los 80 años, mientras que el promedio global asciende a 72.3 años.

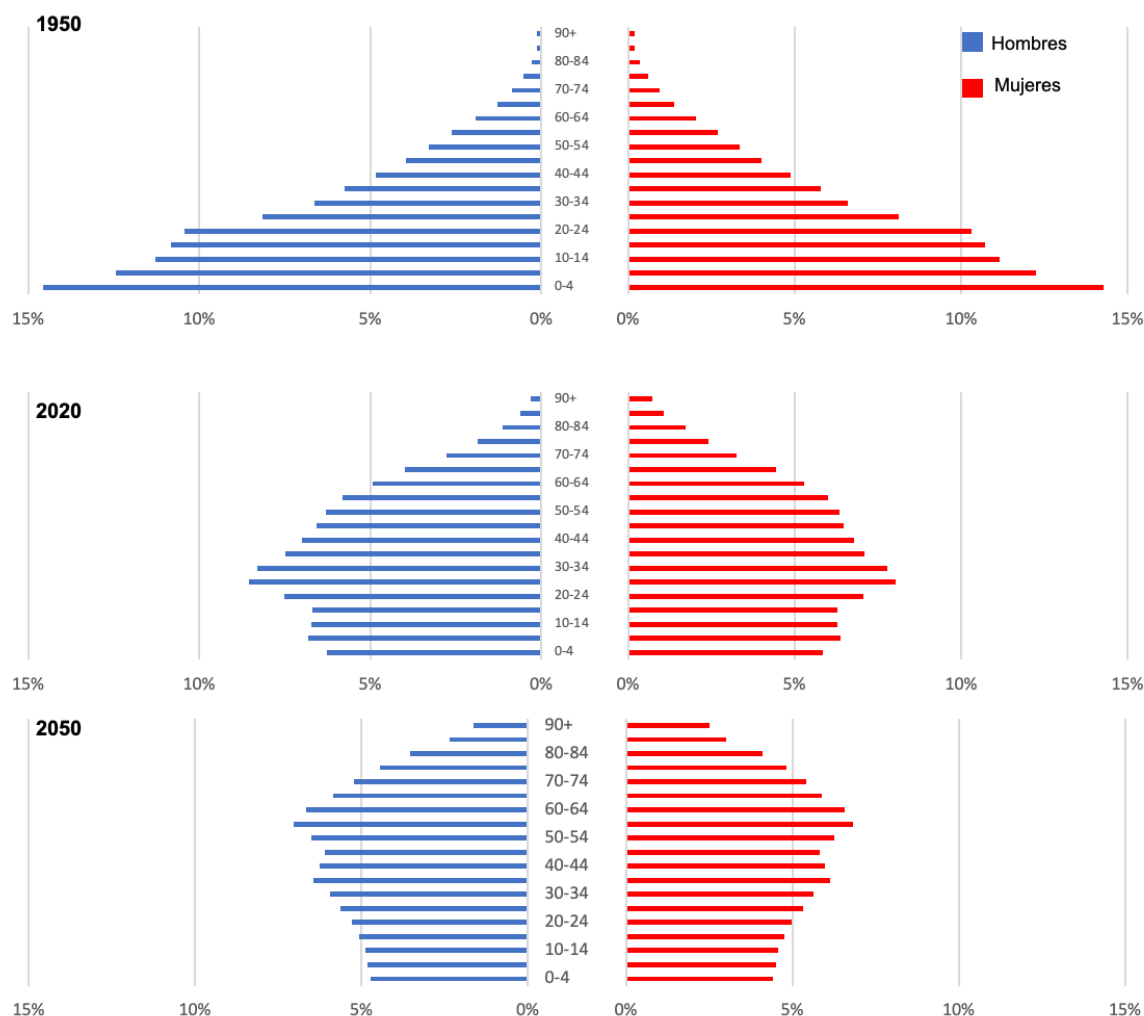
Más aún, se espera que la tendencia al alza continúe. En este sentido, según las proyecciones de Naciones Unidas, se estima que para 2045-2050, la expectativa de vida al nacer en el país alcance los 84.9 años. Este aumento beneficia principalmente a los hombres para quienes se espera un incremento de 5 años en promedio (alcanzando una expectativa de vida de 83.3 años), mientras que para las mujeres el aumento esperado es de 4 años (llegando a los 86.4 años).

Como consecuencia de estos cambios demográficos, la importancia de la población de 60 años y más en la sociedad chilena ha aumentado significativamente en las últimas dos décadas, pues esta ha pasado del 10.8% de la población total en el 2000 al 17.4% en el 2020 (Naciones Unidas 2018). Cabe destacar que estas cifras coinciden con lo reportado por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 2017) del Ministerio de Desarrollo Social de Chile, según la cual la población de 60 años y más alcanza el 19.3% del total nacional. Este número es superior al observado para el promedio de la región (13.0%) pero considerablemente menor al de los países de altos ingresos (24.4%). Las últimas proyecciones de Naciones Unidas para la región indican que para el 2050 el grupo de personas de 60 años y más alcanzará un cuarto de la población, mientras que la proyección para Chile al mismo año es de 31.6%.

El aumento en la esperanza de vida significa no sólo un aumento de la proporción de adultos mayores en el total, sino también una mayor longevidad de los propios adultos mayores. Así, mientras que, en el año 2000, las personas de 80 años y más representaban el 1.3% de la población total y el 12.2% de la población de 60 años y más; al 2020 dicho grupo alcanza el 2.8% de la población total y el 16.2% entre los mayores de 60 años, números coincidentes con lo publicado por la encuesta CASEN (2017). De acuerdo con proyecciones de Naciones Unidas se espera que, al 2050, la población de 80 años y más alcance el 8.7% de la población total y el 27.6% entre los mayores de 60.

Los cambios demográficos son claramente apreciados en la evolución de la pirámide poblacional del país, que se muestra en la Figura 1, y que evidencia una población envejecida, que se espera continúe envejeciendo durante las próximas décadas.

**Figura 1. Pirámide poblacional de Chile: 1950, 2020, 2050**



Fuente: elaboración propia con base en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2019).

El envejecimiento de la población tiene como consecuencia un aumento en el porcentaje de personas que requieren apoyos para la realización de sus actividades diarias. Una forma de ver esto es a través del índice de dependencia de cuidados de Budlender (2008), el cual ofrece una representación de la relación entre las necesidades de cuidado de una sociedad y su capacidad de proveerlo. El indicador se define como la relación entre las personas menores de 12 años y los mayores de 75, por un lado, y la población de 15 a 74 años, por otro. Es decir, mide la relación entre los potenciales demandantes de cuidados (niños y ancianos) y los potenciales proveedores<sup>4</sup>. Para el cálculo del numerador (demandantes de cuidado), se asigna un ponderador que varía según el grupo de edad, en función a la intensidad del cuidado que necesitan las personas en cada rango etario<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> Se supone que los jóvenes de entre 12 y 14 años demandan la misma cantidad de cuidados que la que son capaces de ofrecer, por lo que su efecto en el total es nulo.

<sup>5</sup> Se le asigna un peso igual a 1 a los niños menores de 6 años y a los adultos mayores de 85 años, y un peso de 0.5 a los niños entre 7 y 12 años y a los mayores entre 75 y 84 años.

El índice de dependencia de cuidados para Chile indica que hacia el 2020 existían 21.7 personas dependientes por cada 100 personas no dependientes, cifra que se compone de 17.6 niños y 4.2 adultos mayores. La proyección al 2050 es que el índice aumente a 26.4 personas dependientes por 100 independientes, cambiando además la composición del grupo, ya que se espera que los requerimientos de cuidados infantiles descendan a 13.7 niños por 100 adultos, y que aumenten los requerimientos de apoyo por parte de los adultos mayores, que pasarán a 12.7 por cada 100 adultos proveedores de cuidados.

Si bien el índice es una aproximación bruta a la demanda potencial de cuidados, ya que no incluye a las personas con dependencia funcional entre 15 y 75 años, permite tener una idea de cómo se espera que aumenten las necesidades de cuidados de largo plazo en el país, debido al envejecimiento poblacional.

Este aumento en la demanda de servicios de apoyo por parte de la población adulta mayor se da en un contexto en el que las capacidades de suplir estas necesidades mediante el cuidado familiar están disminuyendo. El aumento en la tasa de participación laboral de las mujeres, así como la tendencia a conformar familias de menor tamaño, han impactado en la cantidad de personas en condiciones de proveer cuidado informal. En referencia al primer punto, si bien la participación femenina en el mercado laboral chileno aun es baja, en particular si se la compara con el promedio de la OECD (65%), la misma ha venido en aumento durante los últimos años: así, mientras en 1990 el 30% de las mujeres participaba activamente en el mercado de trabajo, en el 2018 dicha cifra es de aproximadamente 50% (OECDStat 2020, ILOSTAT 2020). Además, la disminución en el tamaño de las familias, con los hogares unipersonales pasando de 12% al 18% de la población en el periodo 2002-2017, ha dado lugar a un aumento en el porcentaje de adultos mayores que viven solos, que pasó de 9.5% en 1990 a 13.5% en 2015 (BID-BM-CEPAL 2015).

Las presiones que se generen debido a la interacción de todos estos factores dependerán, en gran medida, de la prevalencia de la dependencia funcional entre los adultos mayores, ya que, como veremos en seguida, no todos quienes lleguen a la vejez necesitarán apoyo en sus actividades diarias. El resto de esta sección intenta dar un panorama del estado de salud de los adultos mayores en Chile y de sus niveles de dependencia funcional, para tener una idea más clara acerca de cuáles son las necesidades de servicios de apoyo de largo plazo en el país.

## **1.2 Condiciones de salud, discapacidad y dependencia funcional en la población adulta mayor**

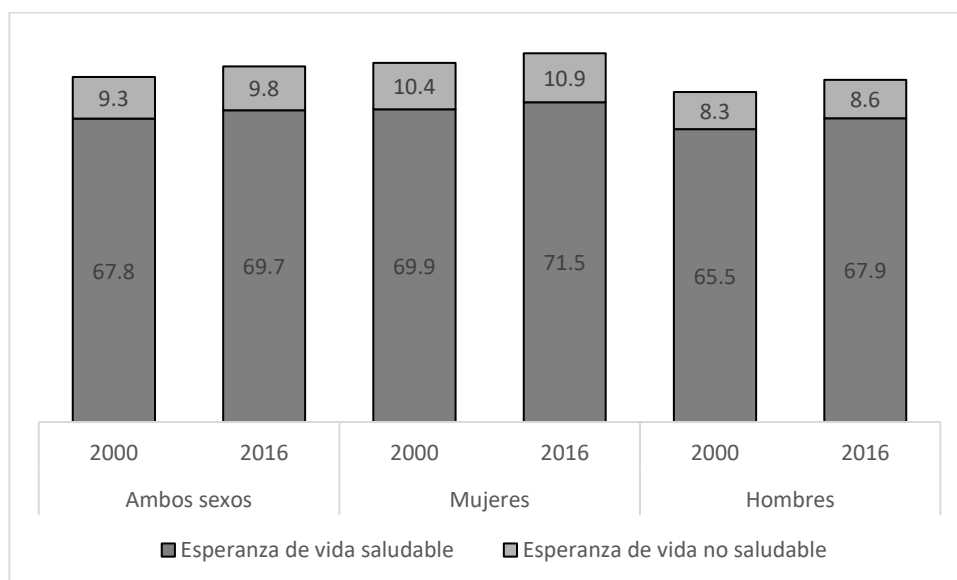
### ***Esperanza de vida y esperanza de vida saludable***

La evidencia presentada en la sección anterior nos dice que la población chilena está viviendo más años. La pregunta que surge es, ¿con qué calidad de vida se están viviendo esos años adicionales? El responder a esta pregunta implica conocer las condiciones de salud, sociales, y económicas de las personas mayores.

Un primer acercamiento a la calidad de vida puede estar dado por el indicador esperanza de vida saludable al nacer, que se define como los años de vida que se espera que una persona viva con salud completa, libre de limitaciones o enfermedades (OMS 2004). De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2018), la esperanza de vida saludable al nacer en Chile es de 69.7 años, siendo superada sólo por Costa Rica y Cuba en la región. De este

modo, de los 79.5 años que se espera vivan los chilenos en promedio, alrededor del 12% (9.8 años) se viven en condiciones no saludables. En la Figura 2 se observa la evolución de la esperanza de vida saludable para Chile entre los años 2000 y 2016, observándose un aumento de 1.9 años en el período para ambos sexos. Las mujeres, a pesar de vivir más, también viven más años en condiciones de enfermedad o discapacidad.

**Figura 2. Evolución de la esperanza de vida saludable 2000-2016 según sexo**



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Organización Mundial de la Salud 2017 (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>)

Enfocándonos ahora en la población adulta mayor, la esperanza de vida a los 60 años (esto es, los años de vida que una persona de 60 años puede esperar vivir, contando tanto los años que viva libre de enfermedad, como los años de vida no saludable) es de 25.3 en el caso de las mujeres, y de 21.3 en el caso de los hombres; de estos años, las mujeres esperan vivir 6 años en condiciones de enfermedad o discapacidad, mientras que, en el caso de los hombres, este número asciende a 4.8. Así, más del 20% de los años que se esperan vivir a los 60, se vivirán, en promedio, en condiciones no saludables, confirmando así que la mayor parte de los años vividos con enfermedad se concentran al final de la vida de una persona.

### ***Discapacidad y dependencia funcional***

La discapacidad y la dependencia funcional son dos conceptos que, aunque muchas veces tiendan a utilizarse indistintamente, tienen diferencias relevantes. La dependencia funcional se entiende como la dificultad para realizar actividades de la vida diaria sin la ayuda de terceros. Las actividades de la vida diaria pueden distinguirse entre básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son aquellas esenciales para la satisfacción de las necesidades básicas en la vida de una persona, como comer y beber, vestirse, ir al baño, o desplazarse por el hogar, mientras que las segundas son, por lo general, más complejas e implican relaciones de comunicación e intercambio con nuestro entorno, como trasladarse fuera del hogar, tomar decisiones, hacer las compras, cocinar, o cuidar de la propia salud (OMS 2004). Dado su grado de complejidad, por lo general las actividades instrumentales son las primeras en verse comprometidas (Katz 1983, Dunlop et al. 1997).

La discapacidad, a su vez, se entiende como la existencia de limitaciones de tipo físico, sensorial o intelectual que, en conjunto con ciertas condiciones del entorno, impiden que la persona participe plenamente en la sociedad (Naciones Unidas 2006, SENADIS 2015a). La presencia de discapacidad, sin embargo, puede no implicar la necesidad de apoyos o cuidados de terceros. La OMS ha elaborado un modelo propio de inclusión social de la discapacidad, el cual considera el nivel de capacidades y competencias de las personas en relación con las facilidades o dificultades de su entorno para una plena inclusión social. En este contexto, el sistema de salud y sus organizaciones representan un dominio que puede contribuir especialmente a la tarea de la inclusión (OMS 2001). El Recuadro 1 explica en más detalle los conceptos de discapacidad y dependencia y los criterios utilizados en este reporte para su medición.

#### Recuadro 1. Discapacidad y dependencia: definiciones y conceptos

Es importante distinguir entre los conceptos de discapacidad y de dependencia funcional. De acuerdo con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas 2006). La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2011a, 2011b) siguen una definición similar, mientras que una definición más clínica se presenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud 2017).

Medir el porcentaje de personas con discapacidad en una población utilizando un concepto tan amplio conlleva muchas dificultades técnicas y por lo tanto se utilizan instrumentos resumidos que mantienen una compatibilidad con el concepto general. Un ejemplo es el cuestionario corto del Grupo de Washington (The Washington Group on Disability Statistics 2017) que suele ser la base para construir las baterías de preguntas que se incluyen en encuestas o censos para estimar la población con discapacidad. En este contexto se utilizan los conceptos de dificultades o limitaciones para realizar actividades que se relacionan con realizar movimientos (como caminar y usar los brazos), actividades sensoriales (como ver y oír) y cognitivas (como concentrarse y comunicarse).

En contraste, la dependencia se refiere a la situación de experimentar dificultad y requerir ayuda para realizar una serie de actividades elementales que se denominan actividades de la vida diaria (AVD) de manera permanente. Dichas actividades se clasifican en actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD). Las primeras son un grupo muy elemental incluyendo desplazarse dentro de una habitación, usar el sanitario, comer, bañarse y vestirse. Las segundas suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz, por ejemplo, realizar quehaceres, cocinar, desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte y tomar medicamentos. La definición excluye aquellas situaciones temporales que pueden derivarse de una enfermedad o accidente con pronósticos de pronta recuperación.

Este informe se basa en los datos de discapacidad que surgen del Estudio Nacional de Discapacidad (ENDISC) de 2015 y en los datos de dependencia funcional que surgen de las olas de 2015 y 2017 de la CASEN. En el Recuadro 2 se describe con más detalle la metodología de medición de ambos conceptos para el caso de Chile.

## Recuadro 2. La medición de la discapacidad y la dependencia funcional en Chile

En Chile se mide la discapacidad a través de la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC), estudio llevado a cabo por el Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS). La ENDISC trabaja con la definición de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la OMS el año 2001. En este contexto, la discapacidad se define conceptualmente como “una construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación” (SENADIS 2015b, p.29). En términos operacionales, se consideran dos dimensiones para medir la presencia y el grado de discapacidad. En primer lugar, se considera la dimensión de capacidad, que indica la presencia de limitaciones en el funcionamiento basadas exclusivamente en la condición de salud de la persona, y que toma en cuenta ocho dominios del funcionamiento: movilidad (caminar o subir peldaños), cuidado personal (asearse o vestirse), dolor, cognición (recordar cosas o concentrarse), relaciones interpersonales (participar en actividades sociales y llevarse bien con las personas cercanas), visión, sueño y energía, y emoción (sentirse triste o preocupado). En segundo lugar, se considera una dimensión de desempeño, que tiene en cuenta las ayudas técnicas y humanas con las que cuenta la persona, así como factores del entorno. Combinando estas dos dimensiones (capacidad y desempeño), se clasifica a las personas según su grado de discapacidad en: sin discapacidad, discapacidad leve a moderada, discapacidad severa.

La dependencia funcional, por su parte, se mide a través de la Encuesta CASEN. El concepto de dependencia funcional en la CASEN considera como marco de referencia las definiciones conceptuales y operacionales utilizadas en el Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores (2009). Se incluye una batería de preguntas que buscan conocer la capacidad funcional de la población para la realización de actividades de la vida diaria. También se indaga sobre los apoyos recibidos por las personas dependientes y sus cuidadoras/es familiares, además de la frecuencia de dicho apoyo.

Entonces, aunque se trata de una encuesta de caracterización socioeconómica de hogares, tiene el valor de operacionalizar la dependencia funcional considerando como dependientes a las personas de 15 años o más que declaran tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, o que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad, o que reciben ayuda con alta frecuencia (muchas veces o siempre) en al menos una actividad básica o dos instrumentales. A partir de estas preguntas se genera un índice de dependencia de acuerdo con los niveles de severidad.

Si bien la encuesta se aplica desde 2011, debido a cambios en la metodología, solamente las olas de 2015 y 2017 son comparables. En su forma actual, el cuestionario contempla seis actividades básicas de la vida diaria (ABVD): comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos), bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina), moverse/desplazarse dentro de la casa, utilizar el W.C. o retrete, acostarse y levantarse de la cama, y vestirse; y cuatro actividades instrumentales (AIVD): salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar las tareas del hogar, y hacer o recibir llamadas.

Entre las limitaciones de la encuesta, debe tenerse en cuenta que las preguntas son respondidas por un informante, el cual no tiene necesariamente el conocimiento más preciso sobre las condiciones de las personas con dependencia y discapacidad que viven en el hogar.

### ***Discapacidad***

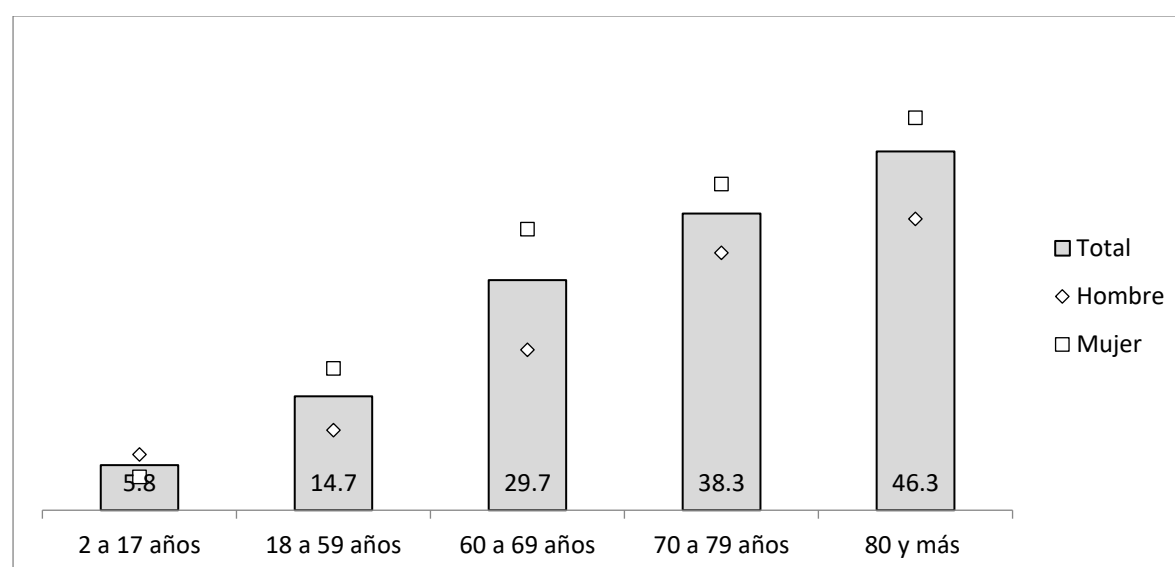
Según datos de la ENDISC (2015), a nivel nacional, el 16.7% de las personas de 2 y más años vive en situación de discapacidad, proporción que aumenta a medida que avanza la edad, tal como se observa en la

Figura 3: entre los niños de 2 a 17 años, el porcentaje es de 5.8%, mientras que entre la población adulta (de 18 y más años), la cifra alcanza el 20%, llegando a más de 46% entre los

mayores de 80 años. Cabe destacar que, salvo en las edades más tempranas, las mujeres son las más afectadas, apreciándose una importante feminización de la discapacidad.

La gravedad de la discapacidad también aumenta con la edad: entre la población mayor de 18 años, el 11.7% presenta discapacidad leve a moderada, mientras que el 8.3% se encuentra en situación de discapacidad severa; estas cifras ascienden a 17.6% y 38.3% entre las personas de 60 años y más.

**Figura 3. Porcentaje de personas con algún grado de discapacidad según grupo etario y sexo**



Nota: se consideran personas con discapacidad aquellas que tienen limitaciones en la capacidad de funcionamiento y, además, tienen dificultades en el desempeño debido a falta de ayudas humanas o técnicas.

Fuente: elaboración propia con base en SENADIS (2015c).

### ***Dependencia funcional en las personas mayores***

Con el envejecimiento las probabilidades de ser dependiente en términos funcionales aumentan, ya que es más factible que se empiecen a presentar dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria. La

**Tabla 1** muestra la presencia de dificultades moderadas o severas en las actividades de la vida diaria entre las personas mayores, según tipo de actividad y grupo de edad. Se destaca que la presencia de dificultades para la realización de actividades aumenta con la edad. Si se considera a aquellos que dicen tener dificultades moderadas o graves (ya sea en actividades básicas o instrumentales), el porcentaje pasa de 14.6% entre quienes tienen 60 años o más, llegando a 39.7% en el grupo de 80 y más años de acuerdo con los últimos datos de la CASEN (2017). Esto significa que más de la tercera parte de las personas en dicho grupo etario tienen dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria y necesitan, por tanto, de la ayuda de terceros. Además, se observa que, para todos los grupos de edad, las mujeres presentan más dificultades para ambos tipos de actividades.

**Tabla 1. Porcentaje de población con dificultades para realizar actividades básicas e instrumentales, según dificultad por grupos etarios y sexo en la población adulta mayor**

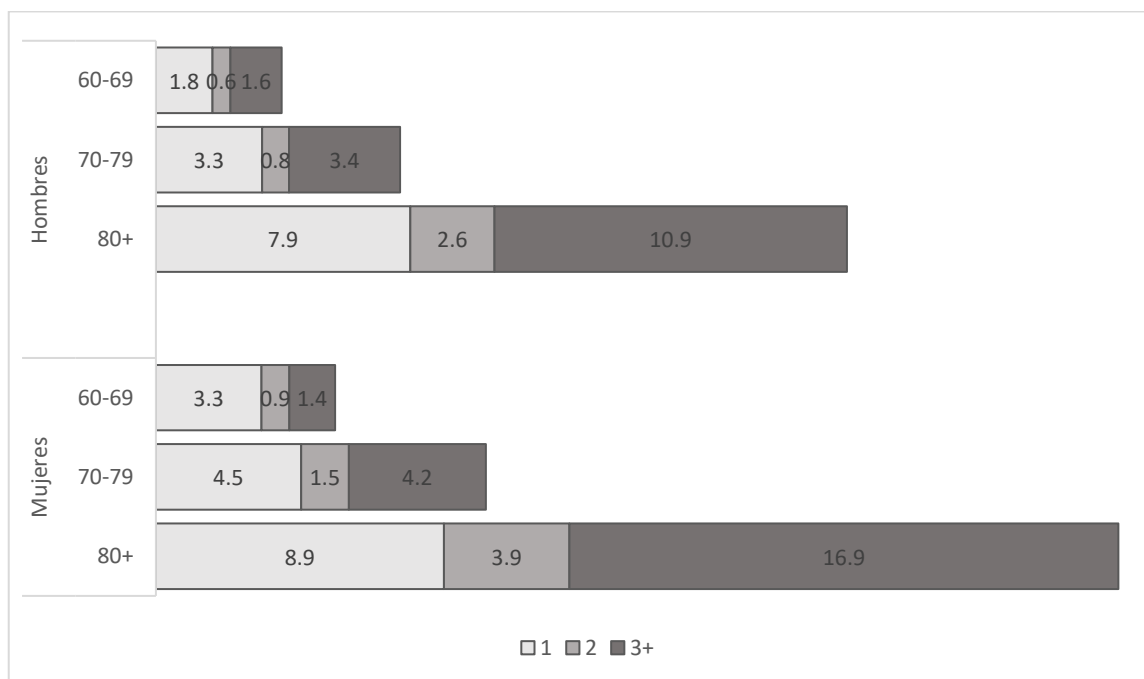
Edad	ABVD		AIVD		Total AVD	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
60+	7.5	11.5	9.5	15.3	11.1	17.3
60 a 69	3.9	5.5	4.2	6.1	5.3	8.0
70 a 79	7.6	10.2	9.8	14.2	11.5	16.1
80 y más	21.3	29.7	29.5	41.7	32.1	44.0

Nota: se considera personas con dificultades moderadas o graves

Fuente: elaboración propia a partir de CASEN 2017.

Como muestra la Figura 4, el número de actividades para las cuales se tiene dificultad también aumenta con la edad. Mientras que en el rango de 60 a 69, el porcentaje de personas que tiene dificultades con tres o más actividades básicas es de 1.5%, la cifra salta a 14.7% entre los mayores de 80.

**Figura 4. Número de ABVD para las cuales existe dificultad en la población adulta mayor según grupo etario**



Nota: se considera personas con dificultades moderadas o graves

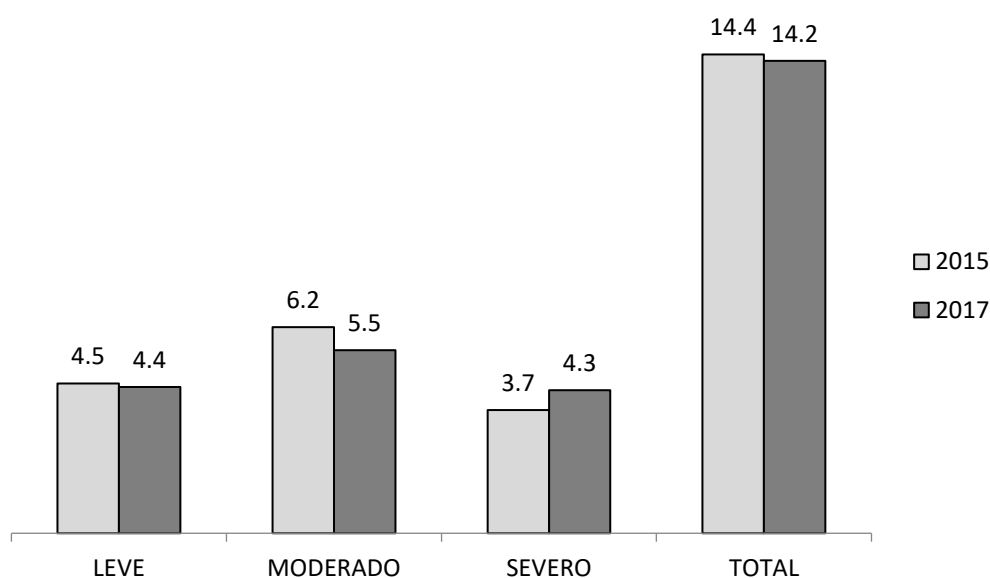
Fuente: elaboración propia a partir de CASEN 2017.

Entre las personas mayores que tienen dificultades en las actividades básicas de la vida diaria, el 60.7% dice recibir ayuda frecuentemente (siempre o casi siempre); en el caso de las personas con dificultades en las actividades instrumentales este porcentaje es de 73.6%.



Con base en la presencia de dificultades y en la frecuencia de la ayuda recibida, la CASEN define un índice de dependencia funcional (ver Recuadro 2). De acuerdo con mismo, un 14.2% de las personas mayores de 60 años tiene algún grado de dependencia: 4.4% tienen dependencia leve, 5.5% dependencia moderada, y 4.3% dependencia severa<sup>6</sup>. El análisis temporal muestra que, aunque la cifra de dependencia total no presenta diferencias significativas con la reportada en 2015 (14.4%) (Figura 5).

**Figura 5. Evolución de la población mayor de 60 años en situación de dependencia entre los años 2015 y 2017 (%)**



Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Desarrollo Social (2017).

## ***Condiciones de salud de los adultos mayores***

### ***Principales causas de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores***

De acuerdo con la OMS, al 2015 las principales causas de morbilidad entre la población chilena son las enfermedades cardiovasculares, seguidas de los tumores malignos y las enfermedades del sistema digestivo. La Tabla 3 compara las principales causas de años de esperanza de vida perdidos entre 1997 y 2015, y deja en claro la relevancia que han ido ganando las enfermedades crónicas no transmisibles como causa de mortalidad, en detrimento de las enfermedades transmisibles y los accidentes. Igual de relevante es el aumento de los trastornos mentales y las enfermedades del sistema nervioso, donde se incluyen, por ejemplo, el Alzheimer y otras demencias, condiciones que tienen una clara correlación con el envejecimiento de la población.

<sup>6</sup> El índice se basa en los tres niveles de dependencia definidos por el Ministerio de Desarrollo Social (MDS): (1) dependencia leve: personas que, o bien son incapaces de llevar adelante una actividad instrumental de la vida diaria, o necesitan ayuda siempre o casi siempre para una actividad básica (exceptuando bañarse), o necesitan ayuda siempre o casi siempre para realizar dos actividades instrumentales; (2) dependencia moderada: personas que no pueden bañarse sin ayuda, o que necesitan ayuda siempre o casi siempre para realizar dos actividades básicas, o tres actividades instrumentales; (3) dependencia severa: personas que tienen incapacidad para realizar al menos una actividad básica (exceptuando bañarse), para realizar dos o más actividades instrumentales.

**Tabla 3. Pérdida de esperanza de vida (en años) por enfermedades en la población chilena 1997-2015**

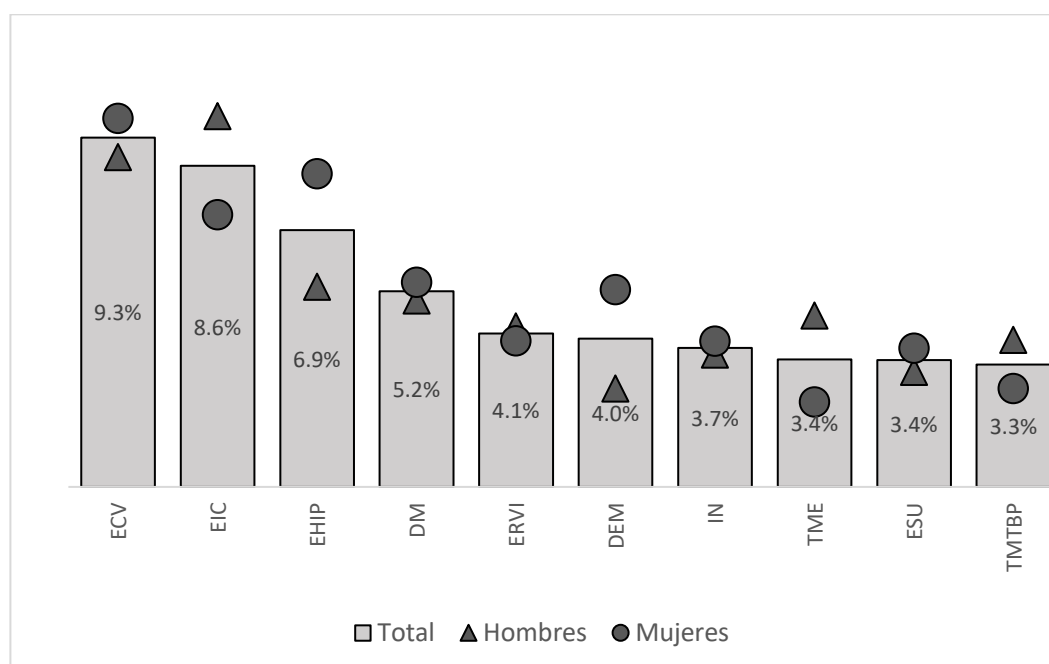
CAUSAS	1997	2015	VARIACIÓN
Enfermedades cardiovasculares	5.26	6.22	0.96
Tumores malignos	3.51	4.41	0.9
Enfermedades del sistema digestivo	1.11	1.14	0.03
Enfermedades respiratorias	0.6	1.11	0.51
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	0.52	0.96	0.44
Accidentes	0.89	0.86	-0.03
Diabetes Mellitus	0.38	0.75	0.37
Infecciones respiratorias	1.46	0.6	-0.86
Enfermedades del sistema-genitourinario	0.32	0.51	0.19
Lesiones intencionales	0.27	0.46	0.19
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0.51	0.42	-0.09
Ciertas afecciones originadas en período perinatal	0.3	0.28	-0.02
Malformaciones congénitas	0.31	0.28	-0.03
Otros tumores	0.12	0.17	0.05
Enfermedades endocrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas	0.1	0.16	0.06
Deficiencias de la nutrición	0.05	0.11	0.06
Enfermedades del sistema músculo-esquelético	0.06	0.1	0.04
Enfermedades de la piel	0.04	0.08	0.04
Eventos (lesiones) de intención no determinada	0.52	0.02	-0.5
Enfermedades de los órganos de los sentidos	0	0.01	0.01
Causas maternas	0.02	0.01	-0.01
Enfermedades bucodentales	0.01	0	-0.01

Fuente: elaboración propia a partir de datos de OPS 2018 (<https://hiss.paho.org/pahosys/pyll.php>).

La

Figura 6 muestra las diez principales causas de muerte entre las personas de 60 años y más al 2015. El primer lugar lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares, mientras que en segundo lugar se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, quedando en tercer lugar las enfermedades hipertensivas. Se destaca también la relevancia de las demencias como causa de muerte entre los adultos mayores (7.1%).

**Figura 6. Principales enfermedades causantes de muerte en Chile en población de 60 años y más al 2015 en Chile (% de muertes asociadas)**



Fuente: elaboración propia con base en OPS, 2018.

Nota: 1. ECV: enfermedad cerebrovascular. 2. EIC: Enfermedades isquémicas del corazón. 3. EHIP: Enfermedades hipertensivas. 4. DM: Diabetes mellitus. 5. ERVI: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. 6. DEM: Demencia y enfermedad de Alzheimer. 7. IN: Influenza y neumonía. 8. TME: Tumor maligno del estómago. 9. ESU: Enfermedades del sistema urinario. 10. TMTBP: Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.

### **Factores de riesgo**

El creciente predominio de las enfermedades crónicas hace relevante la tarea de identificar los factores de riesgo detrás de las mismas, a fin de elaborar estrategias preventivas desde la salud pública, como una forma de evitar –o al menos retrasar– la dependencia funcional. En este sentido, debido a sus características (tiempo prolongado y difícil remisión), las personas que sufren de enfermedades crónicas son más propensas a necesitar la ayuda de otros para la realización de sus quehaceres diarios.

De acuerdo con el Estudio de Carga Global de Enfermedades<sup>7</sup>, los principales riesgos que explican los años de vida con discapacidad de las personas mayores en Chile (considerando a las personas de 70 años y más) son de tipo biológico, como pueden ser la hipertensión o el colesterol elevado, que explican el 33% del total de años vividos con discapacidad; los factores conductuales, que incluyen el consumo de tabaco, la mala alimentación, o la falta de actividad física, explican el 26% de los años vividos con discapacidad, mientras que los ambientales (contaminación ambiental, falta de agua potable, etc.) explican el 6.78% (GBD 2017).

La ENS permite tener una idea de la prevalencia de algunos de estos factores de riesgo entre la población chilena. El 40.1% de la población general, y el 60.8% de los mayores de 65 años sufren de lo que se conoce como *síndrome metabólico*, el cual se refiere a la presencia simultánea de hipertensión arterial, niveles elevados de glucosa y triglicéridos en sangre, bajos niveles de colesterol “bueno”, y exceso de grasa abdominal. Además, se estima que 25.5% de

<sup>7</sup> Ver: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

la población tiene un riesgo cardiovascular alto, y un 26% presenta riesgo moderado<sup>8</sup>. Entre la población mayor de 65 años, el 65.6% presenta niveles de riesgo elevado, un 16.2% riesgo moderado y el restante 18.1% muestra bajo riesgo (Ministerio de Salud 2018).

La mala alimentación, el consumo de alcohol y tabaco, y la falta de actividad física, están detrás de estas cifras. En este sentido, a nivel nacional, el 99.4% de las personas de 65 años y más declara un consumo de sal superior al recomendado por la OMS. Casi el 17% de los adultos mayores muestran patrones de consumo de alcohol de alto riesgo, según datos del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA 2015). Entre las personas mayores, el consumo riesgoso está más asociado al sexo masculino y desciende a medida a que se avanza en edad, siendo mayor entre los casados y la población de mayores ingresos y mayor nivel educacional. Los niveles de consumo de tabaco también son elevados. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCAVI 2016), un 34.3% de los hombres y un 26% de las mujeres se declaran actualmente fumadores de tabaco en Chile; la cifra desciende a 12.6% y 8.6%, respectivamente, en las personas de 65 años y más.

En cuanto a la práctica de actividad física y deporte, según la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes (Ministerio del Deporte 2016), mientras un 31.8% de la población nacional se declara practicante de alguna actividad física o deportiva, dicha cifra llega a sólo 15.8% en el caso de las mayores de 60 años. El estudio también alerta sobre la disminución en el porcentaje de personas que realizan actividad física en el grupo de 60 años y más desde el 2006 en adelante (Ministerio de Deporte 2016).

### **1.3 Características socioeconómicas de la población adulta mayor**

Las condiciones socioeconómicas inciden en la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y sus familias, al influir en el acceso a la provisión de apoyos y cuidados externos (Carretero 2003). Asimismo, la vulnerabilidad socioeconómica tiende a asociarse con el perfil del cuidador informal. En este contexto, es fundamental observar la relación entre condiciones socioeconómicas y dependencia funcional en el país, especialmente en la población de personas mayores.

Es importante, en primer lugar, analizar los arreglos residenciales de los adultos mayores, ya que, en buena medida, eso determinará las redes de apoyo cercanas disponibles para brindarles cuidados familiares. Debido a la caída en la tasa de fecundidad y el aumento en los flujos migratorios, en los últimos años se ha visto una disminución del tamaño de la familia. Según el Censo de población del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), en 2002, el 11.6% de los hogares chilenos eran de tipo unipersonal, mientras que un 21.9% de los hogares era de tipo extenso<sup>9</sup>. En 2017, la cifra de hogares unipersonales aumentó a un 17.8%, mientras que la de hogares extensos descendió a 19% (ver Tabla 2).

---

<sup>8</sup> Este se compone a partir de los siguientes factores de riesgo: colesterol total alto, colesterol HDL bajo, presión arterial elevada ( $\geq 130/85$ ), fumador actual, diabetes mellitus, infarto agudo al miocardio, ataque cerebrovascular, enfermedad venosa profunda, enfermedad renal crónica, edad  $> 8$  años, antecedentes familiares de IAM y de ACV.

<sup>9</sup> Se denomina hogar extenso a los hogares compuestos por un núcleo familiar (núcleo familiar primario) más otros parientes no nucleares.

**Tabla 2. Evolución temporal del tipo de hogar en Chile**

	2002	2017	Variación
Tipo de hogar	%	%	%
Hogar unipersonal	11.6	17.8	6.2
Hogar nuclear	57.0	54.1	-2.8
Hogar extenso	21.9	19.0	-2.9
Hogar compuesto	3.2	2.5	-0.7
Hogar sin núcleo	6.3	6.6	0.3
Total	100	100	

Fuente: elaboración propia a partir de INE (2018).

Además de hogares más chicos, hay una mayor proporción de hogares integrados por adultos mayores; de acuerdo con la encuesta CASEN, en 1990 el 30.5% de los hogares chilenos tenía al menos un integrante adulto mayor; al 2017 dicha cifra asciende al 41.9% (CASEN 217).

A lo anterior debe sumarse el aumento en los años de escolaridad promedio de la población general. Por un lado, un mayor nivel educativo en la población se traduce en un mayor tiempo dedicado a sus propios estudios por parte de los integrantes del hogar; además, el aumento significativo de los años de escolaridad de las mujeres, junto a su mayor inserción en el mercado laboral, reduce el tiempo disponible para el cuidado de integrantes del hogar en condición de dependencia. Por otro lado, mayores niveles de educación se relacionan con mejores niveles de salud y con un mejor nivel socioeconómico y, por lo tanto, no sólo con una menor probabilidad de necesitar cuidados en la vejez, sino también con una mayor probabilidad de poder acceder a esos servicios en el mercado privado en caso de necesitarlos. En el caso de las personas mayores, el aumento en los años de escolaridad es especialmente marcado: según datos publicados en el último informe de la CASEN (2017), mientras en 1992 el promedio de años de educación de la población de 60 o más era de 6 años, en 2017 la cifra salta a 8.3 años (Ministerio de Desarrollo Social 2017b).

En cuanto al estado civil de las personas adultas mayores, el porcentaje de personas casadas descende a medida que se avanza en edad y, como contraparte, aumenta el porcentaje de personas viudas. En este sentido, mientras el 9.5 % de la población de entre 60 y 69 años se declara viuda, más del 50% de los mayores de 80 lo son. Se observa que la viudez prevalece especialmente entre las mujeres, con un 63.4% de las mayores de 80 años en esta condición, en comparación con el 27.5% de los hombres. Esto las coloca en una situación de especial vulnerabilidad, ya que en muchos casos la pareja es quien ocupa el rol de cuidador informal (Carrero 2013).

Es importante también qué relación se observa entre la situación económica y la situación de dependencia, ya que esto determina la capacidad de las personas de acceder a servicios de cuidado en el mercado, así como a las condiciones para acceder a servicios y programas del Estado. De acuerdo con los datos de CASEN (2017), los niveles de pobreza son levemente superiores entre la población adulta mayor dependiente que entre la no dependiente, tanto si se lo mide en términos de pobreza monetaria como en términos de pobreza multidimensional<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> La encuesta CASEN mide pobreza de dos formas, la primera por ingresos y la segunda a través del concepto de pobreza multidimensional. La pobreza por ingresos se mide de acuerdo con la capacidad del grupo familiar de comprar los productos de una canasta básica de consumo familiar. La pobreza multidimensional, en tanto, se calcula en torno a cinco dimensiones: salud, educación, trabajo y seguridad, vivienda y entorno, y redes y cohesión social; cada una de estas dimensiones tiene sus

En este sentido, mientras que el 5.8% de las personas adultas mayores dependientes son consideradas pobres en términos monetarios, un 4.3% de los adultos mayores no dependientes entran en esta categoría; cuando se considera el enfoque de pobreza multidimensional, las personas adultas mayores en situación de dependencia pobres son el 25.1%, mientras que las personas sin presencia de dependencia son el 21.6% (Ministerio de Desarrollo Social 2017a y 2017b).

En cuanto a la actividad de las personas mayores, el 29.5% dice haber trabajado en la semana anterior a la encuesta. Como es esperable, la actividad laboral descende a medida que las personas avanzan en edad: dentro del grupo de 60 a 69 años, el 45.2% dice estar en actividad, mientras que en el grupo de 80 años y más sólo el 4.4% lo hace. Asimismo, la actividad laboral es más común entre las personas mayores que no presentan dependencia funcional, alcanzando el 33.3%; dicha cifra es de sólo el 6.4% entre las personas mayores en situación de dependencia funcional. Para todas las edades, el nivel de actividad es considerablemente superior entre los hombres que entre las mujeres (44.6 y 18.0% respectivamente, entre los mayores de 60 años) (CASEN 2017).

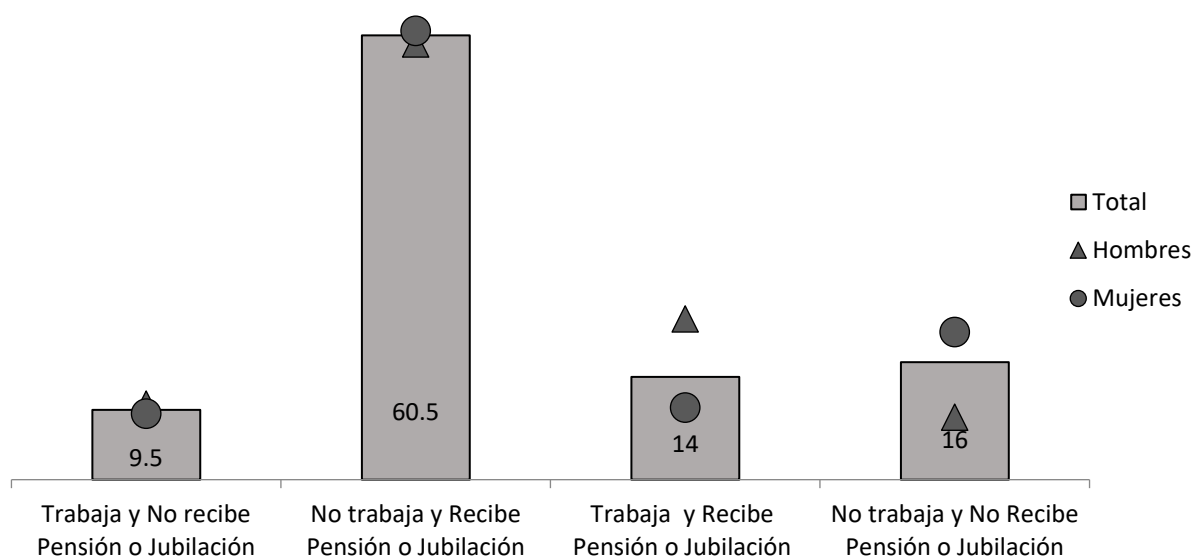
En cuanto a la cobertura de salud, en Chile existe un sistema mixto, donde es posible optar por un sistema de seguridad público y otro de carácter privado, administrados por las denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). El sistema público de seguridad de salud se denomina Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a él están suscritos el 84.9% de las personas de 60 años y más, según datos de la CASEN (2017). Del restante 15.1%, un 8.5% está afiliado a las ISAPRES, 3.4% están cubiertos por el sistema de salud previsional de las Fuerzas Armadas y Carabineros, un 0.7% tiene otro tipo de cobertura, mientras que 1.2% declara no tener cobertura y un 1.3% asegura no conocer qué tipo de cobertura tiene. A pesar de los altos niveles de cobertura, persisten algunos problemas de accesibilidad: por ejemplo, de acuerdo con la CASEN 2017, un 9.5% de los adultos mayores que sufrieron una enfermedad o accidente en los tres meses anteriores a la encuesta, declararon no haber recibido atención debido a la incapacidad para conseguir cita médica al momento de necesitarla o a la lejanía del centro de salud respecto a su residencia. Además, incluso de entre quienes se atendieron en algún centro de salud, un 28.2% declara haber tenido algún problema en la atención, ya sea para ser atendidos debido a demoras, cambios de horas, etc. (18%), dificultades para conseguir la cita (14.7%), para llegar al centro de salud (9.9%), dificultades para pagar el costo de la consulta (5.7%) o para pagar los medicamentos recetados (7.9%).

En lo que respecta a la cobertura de seguridad social de las personas adultas mayores en edad de jubilarse, un 60.5% de los adultos mayores que han pasado la edad de retiro, recibe pensión o jubilación sin trabajar, mientras que un 14% trabaja y además recibe una pensión o jubilación (Figura 12). Sumados ambos grupos, es posible afirmar que el 74% de las personas adultas mayores reciben jubilación o pensión en Chile (CASEN 2017). Es relevante destacar que el 16% de las personas adultas mayores no trabaja ni recibe pensión o jubilación, siendo las mujeres quienes presentan un menor porcentaje de recepción de pensiones contributivas y no contributivas. El monto promedio de una pensión contributiva en Chile es de 209,982 pesos chilenos, equivalente a 314 USD. Como referencia, se calcula que la canasta básica de consumo asciende a 42,840 pesos (USD 64) por persona al 2019.

---

respectivos indicadores. Se considera pobreza extrema a la situación en la cual una persona no puede satisfacer sus necesidades alimentarias, mientras que pobreza se refiere a la situación en que una persona no puede satisfacer sus necesidades básicas.

**Figura 7. Situación ocupacional y de pensión de la población en edad de jubilarse\* según sexo (%)**



\*La edad de jubilación es 65 años para los hombres y 60 años para las mujeres.

Fuente: elaboración propia a partir de CASEN 2017.

Por último, se observa una alta dependencia de los subsidios monetarios entre la población de adultos mayores, especialmente entre aquellos pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos: entre el 20% más pobre, el 51.2% de los ingresos provienen de subsidios monetarios<sup>11</sup>, mientras que para el 20% menos pobre dicha cifra es de 0.8%.

En síntesis, el análisis de esta sección muestra, por un lado, un envejecimiento de la población chilena, lo cual trae como consecuencia un incremento en el número de personas con dependencia funcional. Casi un 40% de las personas mayores de 80 años tienen algún grado de dependencia, lo que significa 215 mil personas que necesitan ayuda en sus actividades diarias. Por otro lado, los cambios familiares y sociales de las últimas décadas han generado una contracción de la oferta informal de cuidados. A lo anterior se suma que un porcentaje relevante de las personas mayores no está en condiciones de comprar servicios de calidad en el mercado. La situación de las mujeres es especialmente vulnerable, al ser no sólo quienes presentan mayores niveles de dependencia y menores niveles de protección social sino, además, sobre quienes recae la mayor parte de las responsabilidades de cuidados.

<sup>11</sup> Incluye la Pensión Básica Solidaria (PBS) y el Aporte Previsional Solidario (APS).



## **Sección 2. El papel del gobierno en la atención a la dependencia**

La búsqueda de corresponsabilidad en la provisión de servicios de apoyo a los cuidados de larga duración se ha planteado como un principio de acción en el diseño del sistema de atención a la dependencia en Chile. Dicho principio implica la participación conjunta de la familia, el Estado, la sociedad civil, y el mercado. Además, al interior de las familias se aboga por la corresponsabilidad de género en las tareas de apoyos y cuidados. Históricamente, la responsabilidad de atender a las personas con dependencia ha recaído en la familia y, dentro de ésta, en las mujeres. Los cambios sociales descritos en la Sección 1 (participación laboral femenina, aumento de la escolaridad, y disminución del tamaño de la familia) han mermado la capacidad de la familia de proveer apoyos a las personas en situación de dependencia. En este contexto, el Estado comienza a verse presionado para generar servicios de atención a la dependencia que permitan entregar apoyos a las personas dependientes y a sus cuidadores familiares.

En los últimos años, se han hecho avances en este sentido, aunque siguen existiendo desafíos importantes. En particular, tanto a nivel de las instituciones del gobierno central como a nivel local, a través de las municipalidades, existen diversos programas dirigidos al adulto mayor, algunos de los cuales han venido incorporando de manera explícita el tema de la atención a la dependencia. De todas formas, la atención a la dependencia es un campo relativamente nuevo. La oferta que existe no necesariamente utiliza la misma definición y no hay mecanismos únicos para estimar la severidad de la dependencia o para priorizar la asignación de beneficios (Villalobos 2019b). La coexistencia de distintos criterios de valoración, como los socioeconómicos, de salud o de evaluación de capacidades funcionales, probablemente genera alguna dispersión de oferta o que existan situaciones de dependencia desatendidas. Respondiendo a esta realidad, en el año 2017 se comenzó a implementar un sistema de atención a la dependencia y apoyo a los cuidados, el cual tiene entre sus objetivos articular la oferta orientada a la dependencia funcional en los territorios comunales. No obstante, dicha iniciativa tiene hasta el momento una cobertura territorial muy limitada (22 comunas de las 346 que existen en el país).

En esta sección se presenta el papel del Estado en lo que tiene que ver con la regulación y la ejecución de los servicios de atención a la dependencia en Chile. Se presenta brevemente el contexto normativo general en el que se enmarcan dichas intervenciones, en particular, en lo que refiere a los adultos mayores y a la población con discapacidad, en el entendido de que ambas poblaciones son susceptibles de necesitar estos servicios. Además, se describe el rol del Estado como regulador y ejecutor de la oferta pública orientada a la población mayor en situación de dependencia funcional y discapacidad, incluyendo una descripción del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), y de la oferta pública de servicios de apoyo a la dependencia, junto con los esfuerzos para asegurar la calidad de los servicios. Por último, se presentan brevemente las acciones que se han tomado para asegurar la continuidad de los servicios de atención a la dependencia en el contexto de la emergencia sanitaria causada por el coronavirus.

### **2.1 Normativa y marco institucional sobre adultos mayores en Chile**

Chile cuenta con un conjunto de normativas tendientes a proteger los derechos de las personas mayores; a partir de la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002, mediante acciones legales concretas y la ratificación de normas y convenios internacionales, el país ha avanzado en la protección social de la población adulta mayor más vulnerable y en el

acceso a derechos relacionados con pensiones, salud, y dependencia (Acosta, Picasso, y Perrota 2018, Kornfeld et al. 2016).

El SENAMA tiene como objetivo “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 s/f)<sup>12</sup>. El servicio opera de forma descentralizada, aunque se encuentra sometido a la supervigilancia del Ministerio de Desarrollo Social y Familias.

A nivel internacional, en 2015 Chile suscribió la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, ratificándola en 2017. También participó de forma activa en la presentación del Proyecto de Resolución sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores en 2013 en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Acosta, Picasso, y Perrota 2018).

A nivel nacional, se han hecho avances sobre todo en los ámbitos de la salud y las pensiones. En el ámbito de la salud, en 2004, se establecieron las Garantías Explícitas en Salud (GES)<sup>13</sup>, mediante las cuales se mejora la cobertura, accesibilidad, y la protección financiera para la atención de 85 enfermedades, de las cuales 70 afectan de manera directa a la población adulta mayor, siendo seis de ellas exclusivas a este grupo poblacional (Kornfeld et al. 2016). En el ámbito de las pensiones, se destaca la reforma del sistema previsional de 2008<sup>14</sup>, la cual introduce un importante pilar solidario en un sistema que, hasta entonces, dependía totalmente de la capitalización individual. Además, se aprobaron iniciativas tendientes a mejorar el acceso a la alimentación y a la vivienda, así como contra la violencia y el maltrato del adulto mayor (ibid.). A su vez, en 2019, se propuso otra serie de reformas destinadas a mejorar el monto y la cobertura de las pensiones; entre otras medidas, se destacan el aumento del ahorro personal con cargo al empleador, y la incorporación de un Fondo Solidario, financiado por el empleador, que pagará una pensión adicional a la que se obtenga a través del pilar individual con el objetivo de cerrar las brechas de género e incentivar las cotizaciones<sup>15</sup>.

En el ámbito específico de los cuidados de largo plazo y la atención a la dependencia, sin embargo, no existe aún una normativa integrada a nivel nacional que regule las acciones de promoción de la autonomía y el cuidado de las personas mayores en el país (Acosta, Picasso, y Perrota 2018). Un avance en este sentido es la formulación de la Política Integral de Envejecimiento Positivo de 2012-2025, que tiene entre sus objetivos mejorar la oferta, calidad, y eficiencia de los servicios de cuidado y atención para las personas mayores (SENAMA 2012). Pero, sin duda, el avance más importante ha sido la creación, en 2017, del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados “Chile Cuida”; si bien hasta el momento funciona con un alcance regional muy limitado, se espera que el mismo sea paulatinamente extendido a todo el país. En la Sección 2.3.1 se presentan sus principales características.

Otro potencial avance es la inclusión de un seguro y un subsidio a la dependencia, incluidos en la mencionada reforma previsional propuesta en 2019. El proyecto de ley, que se encuentra todavía en discusión, incluye entre sus objetivos específicos el desarrollar mecanismos

---

<sup>12</sup> Ver <http://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor>

<sup>13</sup> Ver Ley 19,966

<sup>14</sup> Ver Ley 20,255

<sup>15</sup> Para más detalles, ver: <https://www.gob.cl/reformapensiones/>

especiales de protección económica para los adultos mayores en condición de dependencia funcional severa. El proyecto propone la creación de un Subsidio y un Seguro de Dependencia para adultos mayores de 65 años que se encuentren en situación de dependencia funcional severa; es decir, que, dada la falta o pérdida de su capacidad funcional, requieran de la asistencia permanente de otra u otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria. El Subsidio de Dependencia correspondería al pilar no contributivo del sistema de pensiones y estaría dirigido a personas mayores de 65 años de hogares perteneciente al 60% más pobre de la población, que hayan sido calificadas como dependientes funcionales severas por las comisiones médicas encargadas de las certificaciones de invalidez e incapacidades laborales. Este beneficio aplicaría a quienes no reciban el Seguro de Dependencia, el cual es de carácter contributivo y financiado mediante el pago de una cotización equivalente a una porción de la remuneración imponible del trabajador. Este beneficio lo recibirían los pensionados que sean calificados como dependientes funcionales severos y que tengan un determinado historial de cotizaciones al Seguro de Dependencia. El costo del seguro estará a cargo del empleador en el caso de los trabajadores dependientes y del propio trabajador en el caso de los trabajadores independientes o los afiliados voluntarios<sup>16</sup>.

## **2.2 Normativa y marco institucional sobre discapacidad en Chile**

Los temas relacionados con discapacidad son responsabilidad del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), organismo público asociado al Ministerio de Desarrollo Social y Familia. El SENADIS orienta sus acciones hacia el logro de la autonomía de las personas en situación de discapacidad, y entiende a la dependencia funcional como una situación inscrita dentro del ámbito de la discapacidad, y que se distingue de ésta, particularmente, porque implica la dependencia de otros para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. En este sentido, el servicio asume que la normativa sobre discapacidad, tanto nacional como internacional, es también aplicable a la situación de dependencia funcional (SENADIS 2017). El SENADIS fue creado en 2010 como servicio público funcionalmente descentralizado y desconcentrado territorialmente, que tiene por finalidad promover el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas en situación de discapacidad, con el fin de garantizar su inclusión social, contribuyendo al pleno disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad, a través de la coordinación del accionar del Estado y la ejecución de políticas y programas, en el marco de estrategias de desarrollo local inclusivo<sup>17</sup>.

En términos de normativa internacional, el SENADIS reconoce como marco de acción la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Ambas se orientan a conseguir que los Estados partes eliminen progresivamente toda forma de discriminación que vaya en contra de la dignidad, trato y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. A nivel nacional, Chile ha aprobado numerosas leyes y decretos con el fin de garantizar el cumplimiento de la normativa internacional.

---

<sup>16</sup> Para más detalles, ver: <https://www.gob.cl/reformapensiones/>

<sup>17</sup> Ver Ley N° 20,422

## **2.3 Rol del Estado en la regulación y ejecución de programas sociales para la atención a la dependencia y la discapacidad**

En Chile, la oferta pública de programas sociales para adultos mayores por parte del gobierno nacional recae principalmente en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través de SENAMA y SENADIS<sup>18</sup>. Estos organismos públicos disponen de una oferta de programas de atención a la dependencia a nivel nacional y municipal. En 2017, se crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) que opera en un número limitado de comunas con la expectativa de expandirse progresivamente a otros territorios. Además de plantearse como misión acompañar a las personas dependientes y sus cuidadores familiares a través de distintos servicios, el sistema nace con el objetivo de articular y coordinar los servicios y programas dirigidos a la población dependiente ofrecidos por SENAMA y SENADIS.

Cabe destacar que, en la mayoría de los casos, SENAMA y SENADIS no se encargan de ejecutar directamente de los servicios, sino del diseño de las políticas y de la transferencia de recursos a terceros –organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro– para la ejecución de la oferta. Aun así, existen servicios de administración directa que también deben tenerse en cuenta (algunos establecimientos de larga estadía gestionados por SENAMA y la entrega de ayudas técnicas en el caso de SENADIS, por ejemplo).

Ambos organismos son, además, responsables de asegurar la calidad de los servicios, para lo cual cuentan con facultades de supervisión y fiscalización. Organizan su oferta a través de programas y fondos, los cuales elaboran orientaciones técnicas, bases administrativas, guías de operación y otros instrumentos a través de los cuales informan a las entidades prestadoras de servicios los requisitos que deben cumplir para satisfacer adecuadamente los estándares establecidos por la institución rectora. Los convenios de transferencia son los instrumentos que típicamente establecen los requisitos que las entidades deben cumplir para ser receptoras de fondos. Adicionalmente, definen los aspectos técnicos y financieros que deben ser cumplidos en la prestación de los servicios, estableciendo los estándares mínimos de cobertura y calidad que son objeto de supervisión.

Los programas suelen priorizar a los usuarios en condición de vulnerabilidad, aunque los estándares que se aplican son diversos. Algunos se focalizan específicamente en la población en condición de pobreza; otros, en cambio, priorizan esta población, pero extienden su cobertura a la población no pobre. El nivel de vulnerabilidad socioeconómica se define con base en Registro Social de Hogares (RSH), un sistema de información nacional construido con datos aportados por el hogar y registros administrativos del Estado, cuyo objetivo es apoyar en los procesos de selección de beneficiarios para la asignación de programas y subsidios<sup>19</sup>. En ciertos casos, también se establecen restricciones de edad (por ejemplo, para los servicios de SENAMA es requisito tener más de 60 años).

Los programas que se dirigen a la población dependiente utilizan criterios de valoración de la dependencia, aunque no hay un mecanismo estandarizado para este procedimiento. Por ejemplo, como se verá seguidamente, mientras el Ministerio de Salud utiliza el Índice de Barthel para identificar a los dependientes severos, el programa de apoyo domiciliario del SNAC se basa en una combinación de varios instrumentos de evaluación.

---

<sup>18</sup> Mención aparte merece la importante responsabilidad que le compete al Ministerio de Salud en cuanto a la atención de las personas mayores ya que según la encuesta CASEN 2017, el 84.9% de las personas de 60 años o más está afiliada al sistema público de salud (MINSAL, 2017). Además, las personas mayores son usuarias preferentes de muchos de sus programas.

<sup>19</sup> Ver <http://www.registrosocial.gob.cl/que-es-el-registro-social/>

En el caso de los servicios de SENAMA y SENADIS, el ingreso a los programas se hace a través de la postulación directa de los interesados o el registro de los potenciales beneficiarios por parte de las oficinas municipales correspondientes o las entidades adscritas que ejecutan sus programas, mientras que en el caso de los programas que dependen del Ministerio de Salud, la vía de acceso es la inscripción en algún centro de salud familiar (CESFAM), y los usuarios deben pertenecer al sistema público de previsión de salud.

A continuación se describen los servicios y programas de atención a la dependencia que están en manos del Estado, comenzando por una presentación del SNAC, sus principales objetivos, su población objetivo, y su funcionamiento. En el Anexo 1 se incluye un listado de los principales programas que aquí se discuten, con el sitio web de cada uno como referencia.

### **2.3.1 El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)**

En 2017, el SNAC comenzó a implementarse en 16 de las 346 comunas del país, expandiéndose paulatinamente hasta alcanzar 22 comunas en 2019. El SNAC constituye uno de los tres subsistemas del sistema de protección social chileno, el cual contempla además al Subsistema Seguridad y Oportunidades, orientado a la reducción de la pobreza, y especialmente de la pobreza extrema, y el subsistema Chile Crece Contigo, el cual se enfoca en la protección y estimulación temprana de la infancia. En el marco del sistema general de protección social, el SNAC se orienta a entregar apoyos y cuidados a la población en situación de dependencia funcional y sus familias, lo cual se realiza mediante la implementación de sistemas locales (comunales), encargados del diagnóstico, articulación de servicios y monitoreo-seguimiento de la población diagnosticada con dependencia funcional.

Uno de sus objetivos principales es la articulación de la oferta local de servicios de apoyo de larga duración para personas con dependencia funcional. De este modo, los servicios y programas públicos de atención a la dependencia y discapacidad que se encuentren presentes en las comunas en que funciona el SNAC deben articularse por un programa coordinador, el cual se denomina “Red Local de Apoyos y Cuidados”.

#### *Definición y evaluación de la población objetivo*

- Chile Cuida funciona, en su primera fase de implementación, en un conjunto limitado de comunas del país. Los criterios con los que se han seleccionado los territorios participantes son los siguientes: Que posean capacidad de gestión, la cual se mide a través de un índice que calcula aspectos como el número de funcionarios, recursos municipales, existencia de oferta de programas y servicios pertinentes, etc.
- Que posean una demanda relevante de servicios de cuidados de larga duración, medido a través de indicadores como porcentaje de población adulta mayor, número de personas en situación de dependencia según el Registro Social de Hogares, número de personas con discapacidad, etc.
- Mantener una proporción del 20% de comunas rurales participantes.

De estos criterios, se da mayor relevancia al componente de gestión del municipio. Dentro de las comunas participantes, la población beneficiaria de Chile Cuida es aquella con dependencia funcional moderada o severa y sus cuidadores, perteneciente al 60% más vulnerable de hogares según la clasificación del Registro Social de Hogares. La forma en que opera la selección es la

siguiente: el Ministerio de Desarrollo Social y Familia emite una nómina de hogares con personas en situación de dependencia; esta nómina se construye a partir de información del Ministerio de Salud, el Registro Social de Hogares, los departamentos sociales y de salud de los municipios, y de derivaciones de organizaciones públicas y de la sociedad civil. Se construye así la población potencial, que consiste en hogares con al menos una persona en situación de dependencia moderada o severa, y que se encuentran dentro del 60% más vulnerable de acuerdo con la clasificación socioeconómica. La lista de potenciales beneficiarios es ordenada bajo ciertos criterios de prelación que permiten establecer el orden en el que los hogares serán convocados. Estos criterios de prelación son los siguientes:

- a) Hogares con mayor número de personas con dependencia (ponderación de 50%).
- b) Grupos vulnerables (ponderación del 30%), priorizados según el siguiente orden:
  - 1. Adultos mayores de 60 años y más que presenten dependencia, en hogares uni y bipersonales
  - 2. Niños/as con dependencia asociada a discapacidad
  - 3. Gestantes con dependencia
- c) Hogares en el tramo de mayor vulnerabilidad en la caracterización socioeconómica (ponderación del 20%).
- d) Finalmente, en cada comuna se completa la cantidad cupos disponibles considerando estos criterios, hasta agotar el presupuesto del período.

La lista ordenada es recibida por el coordinador del programa Red Local de Apoyos y Cuidados en la comuna, que luego de realizar la validación del caso (por ejemplo, chequeando que no haya personas fallecidas, o considerando la posible inclusión de casos de los que se ha tomado conocimiento a nivel local pero no figuran en el Registro Social de Hogares), visita a los hogares potenciales para evaluar sus necesidades de apoyos. Alternativamente, la persona interesada puede acercarse al representante de la Red Local para aplicar al sistema (Gobierno de Chile 2017).

Respecto a la evaluación de las necesidades, cabe destacar que, independientemente de la clasificación de dependencia que surja del Ministerio de Salud o de la calificación de vulnerabilidad que surja del Registro Social de Hogares, el SNAC aplica un baremo propio, que incluye la combinación de varios instrumentos para evaluar a las personas dependientes (Barthel para las ABVD, Escala de Lawton y Brody para las AIVD, test de Yesavage para evaluación funcional afectiva y Mini-Mental o Pfeiffer para evaluación cognitiva), así como la escala Zarit<sup>20</sup> para los cuidadores <sup>21</sup>. Además, se basa en la opinión de profesionales y la autoevaluación de la propia persona dependiente, así como en información sobre otras necesidades de apoyo de las familias, y sobre otras ayudas recibidas, como pensiones y subsidios, ayudas técnicas con que se cuenta, servicios y programas en los que participa a nivel

---

<sup>20</sup> El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador, evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. La sobrecarga es clasificada en los siguientes estados: el estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa; el estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador, por lo cual se debe indicar; la ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante el aumento de los requerimientos de cuidado.

<sup>21</sup> Los instrumentos utilizados se encuentran en el Anexo 2, apartados II y III de la Guía de Orientaciones Técnicas del Programa de Cuidados Domiciliarios (2017). Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia\\_de\\_Orientaciones\\_Tecnicas\\_PCD\\_VERSION\\_RESOLUCION\\_09\\_08\\_2017\\_-\\_copia.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_Orientaciones_Tecnicas_PCD_VERSION_RESOLUCION_09_08_2017_-_copia.pdf)

comunal, y ayudas sociales recibidas en los últimos 6 meses, además de los apoyos que recibe el cuidador familiar principal en sus tareas diarias (MDS 2019).

De acuerdo con los resultados de esta evaluación, el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados formula un plan de cuidados personalizado<sup>22</sup>, en conjunto con la persona dependiente y su familia, y decide la derivación de la persona dependiente o su cuidador a la oferta especializada existente en la comuna (cuidados domiciliarios, centros diurnos, residenciales, apoyo para la adquisición de ayudas técnicas, capacitación de cuidadores, orientación, etc.). Cabe destacar que este plan de cuidados personales es revisado regularmente, de forma que puede ir adaptándose a las necesidades, tanto de las personas dependientes como de sus cuidadores (Programa Chile Cuida 2017).

Para los casos en que se detecten necesidades que no puedan cubrirse con los servicios existentes en la comuna, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia transfiere a cada comuna un cierto monto de recursos económicos, a fin de financiar un conjunto preestablecido (por cada comuna) de lo que se conoce como Servicios Especializados, que pueden ir desde adaptaciones a la vivienda, a gestión de trámites, servicios de transporte, etc.

Cabe destacar que si bien el programa Red Local de Apoyos Cuidados, en su función de coordinación del subsistema en el territorio, realiza las derivaciones a los programas específicos, puede suceder que el acceso efectivo al programa no se realice debido a la falta de cupos. Sin embargo, precisamente uno de los objetivos del componente de Servicios Especializados, es el de proveer aquellos servicios que representen demandas frecuentes en estas personas y que no estén disponibles en la red, evitando así las referencias a servicios sin cupos o con listas de espera para el ingreso.

Además de coordinar y regular la oferta local, Chile Cuida tiene como objetivo promover los servicios de atención domiciliaria mediante el desarrollo de una oferta programática propia, y proveer servicios de respiro a los cuidadores familiares. Estos servicios se presentan en la sección 2.3.2, junto a los demás servicios ofrecidos por SENAMA, SENADIS y el Ministerio de Salud.

### *Organización institucional y territorial de Chile Cuida*

El SNAC es centralizado en términos de su diseño general, pero descentralizado en términos de su ejecución; los gobiernos locales (municipios) tienen un rol protagónico en lo que se refiere a la implementación y prestación de servicios. Las líneas generales del sistema se definen en el Comité Técnico Interministerial integrado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el Ministerio de Hacienda, y el Ministerio de Salud. En este sentido, los criterios de selección de comunas, el ratio de cuidadores por personas en situación de dependencia de los servicios de cuidados domiciliarios, la oferta programática, y el diseño del programa articulador fueron definidos a nivel central desde el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Dentro de estos lineamientos generales, las comunas participantes operan de manera descentralizada, a través de las redes locales de cuidado.

---

<sup>22</sup> El mismo se encuentra en el Anexo 2, apartado IV (p.87) de la Guía de Orientaciones Técnicas del Programa de Cuidados Domiciliarios (2017). Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia\\_de\\_Orientaciones\\_Tecnicas\\_PCD\\_VERSION\\_RESOLUCION\\_09\\_08\\_2017\\_-\\_copia.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_Orientaciones_Tecnicas_PCD_VERSION_RESOLUCION_09_08_2017_-_copia.pdf)



Es importante destacar que el diseño tiende hacia la integración sociosanitaria, lo cual se refleja no sólo en la participación del Ministerio de Salud en el proceso de diseño e implementación del sistema, sino en que parte de la nómina potencial de beneficiarios es identificada y derivada a las redes locales a través de las redes del sistema público de salud. Sin embargo, esta articulación todavía es incipiente y tiene un potencial de desarrollo mucho mayor al alcanzado hasta ahora.

En términos de institucionalidad, sin embargo, Chile, a diferencia de países como España<sup>23</sup> o Uruguay<sup>24</sup>, carece de una ley nacional que regule el funcionamiento del SNAC, por lo cual se hace difícil la exigibilidad de coberturas mínimas, oportunidad y calidad de las prestaciones dispuestas en el marco de dicho subsistema.

### **2.3.2 Programas y servicios públicos de atención a la dependencia**

Los programas públicos sociales orientados a la atención a la dependencia se pueden clasificar en prestaciones directas y transferencias monetarias. Dentro de las prestaciones directas, se distinguen los programas de cuidados a domicilio, los centros de día, los centros de atención residencial, y los servicios para cuidadores. En el caso de transferencias monetarias, existe en Chile el programa de pago de cuidadores de personas con discapacidad o de adultos mayores con dependencia severa -conocido como estipendio- otorgado por el Ministerio de Salud.

#### *Programas de asistencia personal a domicilio*

Los programas de asistencia personal a domicilio se orientan básicamente a la provisión de horas de apoyos y cuidados a personas dependientes por parte de un asistente personal con capacitación adecuada. Existen tres programas de este tipo al que pueden acceder las personas mayores en Chile:

- 1) El Programa de Cuidados Domiciliarios de SENAMA, dirigido a personas mayores de 60 años en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, con dependencia moderada o severa, y que no cuenten con un cuidador principal en el hogar; el beneficio consiste en la visita de un asistente personal dos veces por semana, tres horas cada vez, para el apoyo al adulto mayor en su cuidado personal, tareas del hogar, y su relación con el entorno (SENAMA 2017). Durante el período 2014-2017, este programa benefició a 5,849 adultos mayores (Ministerio de Desarrollo Social - DIPRES 2018).

Los servicios pueden incluir apoyo personal para actividades básicas como higiene personal, preparación de alimentos, apoyo en la administración de medicamentos y realización de trámites; además, servicios especializados relacionados con cuidado directo de la salud, incluyendo uso de alta tecnología para tratamiento de patologías complejas y cuidados de tipo paliativo. SENAMA transfiere recursos a los municipios o instituciones privadas sin fines de lucro para la provisión de este servicio, siempre que cuenten con experiencia de trabajo con adultos mayores. Dichos organismos deben presentar un proyecto de cuidados domiciliarios a las direcciones regionales del Servicio. Una vez aprobado el proyecto se celebra un convenio de operación con el organismo ejecutor.

---

<sup>23</sup>España cuenta con la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España, más conocida como «ley de dependencia»; es una ley española que crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

<sup>24</sup> Uruguay cuenta con la Ley 19,353 que crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados.



- 2) El programa de atención domiciliaria del SNAC dirigido a personas con dependencia moderada o severa, independientemente de su edad, en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y con cuidador familiar. El beneficio consiste en la visita de un asistente personal de cuidado por ocho horas semanales, con un máximo de 32 horas mensuales, y las tareas del asistente personal se definen de acuerdo con el plan de atención individual que se haya formulado en cada caso (Gobierno de Chile 2017).
- 3) Un programa del Ministerio de Salud, dirigido específicamente a personas con dependencia severa de cualquier edad, en el cual se ofrece una atención integral a la persona dependiente, de acuerdo con un plan acordado previamente (Ministerio de Salud 2018b). A 2016, el programa atendía a solamente el 6% de la población potencial objetivo (Ferrer-Lues et al. 2017).

### *Centros de día*

Los centros de día se orientan a la población mayor en condición de dependencia moderada, especialmente en casos de demencia diagnosticada, a la vez que ofrecen talleres de formación para los cuidadores familiares. Los centros de días administrados tanto por instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que se encuentren inscritas en el Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o No a Adultos Mayores, y que acrediten experiencia en atención de personas mayores en situación de dependencia leve, pueden acceder a un fondo especial entregado por SENAMA, previa presentación y aprobación de un proyecto. Estos centros, conocidos como CEDIAM (Centros de Día del Adulto Mayor), deben cumplir ciertos estándares de calidad en términos de servicios ofrecidos, infraestructura, y personal; la población beneficiaria son los adultos mayores de 60 años en condiciones de vulnerabilidad económica con dependencia leve o moderada. En 2017, estos centros atendieron a 2,163 personas (Ministerio de Desarrollo Social - DIPRES 2018).

Por su parte, los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia brindan servicios a personas mayores de 60 años, con demencia leve o moderada, brindando evaluación geriátrica integral, atención de salud mental, intervención grupal y familiar, visitas domiciliarias y actividades comunitarias, para atenuar el deterioro cognitivo, mantener la funcionalidad y promover la integración social de las personas. Los centros pertenecen a un municipio o gobierno provincial y reciben financiamiento del Ministerio de Salud. Para acceder a un centro, el paciente debe ser evaluado por el equipo del Centro de Salud Familiar (CESFAM), el que aplica el Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) y el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). Si se diagnostica demencia y cumple con el perfil es derivado a un centro de apoyo comunitario para personas con demencia. La atención se extiende entre seis y nueve meses, además de un periodo de seguimiento de tres meses<sup>25</sup>. Este servicio se enmarca en el Plan Nacional de Demencia iniciado en 2017 que, junto a otras acciones, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y su cuidador familiar. Según información del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a 2016, estos centros operaban en 6 de las 16 regiones del país, atendiendo a 562 personas, equivalente al 0.3% de la población con demencia leve y moderada (Ministerio de Salud 2016a).

---

<sup>25</sup> Ver: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7790-centros-de-apoyo-comunitario-para-personas-con-demencia>

## *Residencias de largo plazo*

En cuanto a las residencias de largo plazo (conocidas como ELEAM en Chile), de acuerdo con datos actualizados a abril de 2020, SENAMA cuenta con 16 residencias de larga estadía en todo el país, las cuales son administradas directamente por los Municipios o por organizaciones sin fines de lucro. Las mismas están dirigidas a personas mayores con dependencia moderada y severa en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y cuentan con un total de 868 cupos (SENAMA 2020)<sup>26</sup> Para financiar estos centros, SENAMA transfiere un monto promedio per cápita de aproximadamente 580,000 pesos chilenos en 2017 (equivalente a 940 USD de ese año); esto se complementa con aportes de los residentes, que pueden llegar hasta el 85% del monto de su pensión (Cunil-Grau y Leyton 2018).

Además, a través de fondos concursables (denominados Fondos Subsidio ELEAM), SENAMA entrega subsidios a instituciones de larga estadía administradas por instituciones públicas o privadas sin fines de lucro, que atiendan personas en situación de dependencia, leve, moderada o severa, certificadas por la correspondiente evaluación y que se encuentren en situación de vulnerabilidad social según el Registro Social de Hogares. El monto que reciben depende del nivel de dependencia de la población residente (Cunil-Grau y Leyton 2018). Para acceder a este fondo, los ELEAM deben presentar un proyecto de iniciativas de apoyo a los residentes, con el fin de satisfacer sus necesidades básicas, entregar atención médica especializada, implementar estrategias de integración a la comunidad, proteger sus derechos y promover el envejecimiento activo<sup>27</sup>. De acuerdo con los últimos datos disponibles, 165 establecimientos reciben este subsidio<sup>28</sup>. De acuerdo con datos de 2017, estos subsidios cubrían a casi 6,000 personas (Cunil-Grau y Leyton 2018).

A lo anterior deben agregarse las denominadas Residencias Protegidas del Ministerio de Salud, que atienden a personas dependientes con problemas de discapacidad mental y que, si bien no son exclusivas para adultos mayores, toman relevancia en el contexto de un aumento de la prevalencia del Alzheimer y otras demencias, enfermedades propias de esta población. Estas residencias, que a 2016 contaban con 2,600 cupos a nivel país y 1,553 beneficiarios (Ministerio de Salud 2016b), al ofrecer servicios de salud junto a servicios de atención a la dependencia, son una expresión concreta de integración sociosanitaria para la atención de la dependencia. En este sentido, su desarrollo ha permitido una reducción en el número de personas que permanecen en centros de larga estadía tradicionales (Ministerio de Salud 2017).

## *Apoyos directos a cuidadores informales*

Al igual que en la mayoría de los países del mundo, en Chile la mayor parte del cuidado está a cargo de las familias (Villalobos 2019a). Atendiendo a esta realidad, existen algunos apoyos a los cuidadores informales, que buscan aliviar la carga que esta responsabilidad implica. En este sentido, el SNAC promueve, a través de su componente de servicios especializados, actividades de apoyo para el alivio de la persona cuidadora que, como respiro, sirvan para disminuir el nivel de sobrecarga que suele afectar los cuidadores familiares; esto se logra a través de la participación de los cuidadores en grupos de apoyo, talleres psicoeducativos, y el asesoramiento profesional para abordar situaciones complejas (Programa Chile Cuida 2017).

---

<sup>26</sup> Para un listado de los mismos, por municipio, ver: <http://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadía-para-adultos-mayores-eleam>

<sup>27</sup> Ver: <http://www.senama.gob.cl/fondo-eleam>

<sup>28</sup> Información disponible en: <http://www.senama.gob.cl/noticias/cuarentena-obligatoria-en-establecimientos-de-larga-estadía-para-personas-mayores>

El Ministerio de Salud también incluye capacitación a los cuidadores familiares como parte de su programa de atención domiciliaria a dependientes severos.

Con el objetivo de brindar apoyo y guía al cuidador familiar, SENAMA publicó un Manual Para el Cuidador de Personas Mayores con Dependencia, que además de brindar información útil sobre qué significa cuidar y cuáles son las principales funciones de un cuidador, ofrece ejercicios de autoevaluación y recomendaciones para cuidar la salud física y mental<sup>29</sup>.

El Plan Nacional de Demencia también promueve la realización de acciones para apoyar a los cuidadores familiares como, por ejemplo, el desarrollo de alternativas que ofrezcan respiro al entorno familiar de las personas con demencia, e incluso la implementación de centros de apoyo diurno a personas mayores con demencia que, por medio de estadías cortas de cuidado, ofrezcan alivio temporal a los familiares (Ministerio de Salud 2017).

#### *Transferencias monetarias*

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del Ministerio de Salud cuenta con un componente monetario dirigido a cuidadores, por un monto mensual de 27,500 pesos chilenos, equivalente a USD 35 por mes<sup>30</sup>. El otorgamiento del beneficio lo realiza el Ministerio de Desarrollo Social, y el pago lo efectúa mensualmente el Instituto de Previsión Social a nombre del cuidador, a través de depósito bancario. Para acceder al beneficio, el hogar debe estar en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (según el Registro Social de Hogares), estar inscrito en este programa, y ser beneficiario del subsistema Seguridades y Oportunidades<sup>31</sup>; además, el cuidador no debe ser beneficiario de otras pensiones asistenciales, ni recibir un salario en el mercado formal de trabajo.

#### *Otros servicios y programas*

Como se mencionó antes, para los casos en que las necesidades de la persona dependiente no puedan cubrirse con los servicios existentes, el SNAC prevé lo que se conoce como Servicios Especializados, que pueden incluir gestión de trámites, subsidios para transporte, fisioterapia, servicios profesionales específicos, etc. Las comunas participantes definen, con base a la demanda esperada, una lista de servicios a cubrir, y el Ministerio de Desarrollo Social transfiere un cierto monto de recursos económicos a fin de financiarlos.

Con el objetivo de contribuir a que las personas mayores permanezcan en sus hogares el mayor tiempo y con los mayores niveles de autonomía posible, dentro de los servicios exclusivos del SNAC también se incluyen servicios de adaptaciones a la vivienda (por ejemplo, instalación de rampas, agarraderas en duchas, etc.).

El programa Condominios de Viviendas Tuteladas para los adultos mayores, dependiente de SENAMA, combina el objetivo de proveer de soluciones habitacionales con el de la promoción de la autonomía, al promover la participación comunitaria de los adultos mayores y su acceso a redes de apoyo. El programa está dirigido a la población mayor de 60 años, autovalentes, en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica que necesiten de una solución habitacional<sup>32</sup>.

---

<sup>29</sup> El mismo se encuentra disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Yo\\_me\\_cuido\\_y\\_te\\_cuido.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Yo_me_cuido_y_te_cuido.pdf)

<sup>30</sup> Calculando un tipo de cambio de 791 pesos chilenos por dólar americano (cotización fecha 14 de junio de 2020).

<sup>31</sup> El programa Chile Seguridades y Oportunidades depende del Ministerio de Desarrollo Social y su objetivo es brindar “apoyo integral y continuo a las personas y hogares más vulnerables, a través de acciones coordinadas de acompañamiento, acceso a servicios y el otorgamiento de prestaciones sociales (bonos y transferencias monetarias)”. Por más información, ver: <http://www.chileseguridadesyopportunidades.gob.cl/que-es>

<sup>32</sup> Ver [Fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor: condominios de viviendas tuteladas](#).

Al 2017, había 921 viviendas tuteladas, de las cuales 876 estaban ocupadas (Ministerio de Desarrollo Social - DIPRES 2018).

Otro programa que tiene como objetivo promover la participación de los adultos mayores en la comunidad, así como vincularlos con la red de protección social, a través del apoyo psicosocial, es el programa Vínculos de SENAMA. Además de promover la integración de los adultos mayores, el programa entrega transferencias monetarias no condicionadas. El mismo está dirigido a los adultos mayores en condición de vulnerabilidad, y es de ejecución local (municipal).

Con el objetivo de que las personas mantengan su autonomía funcional por el mayor tiempo que se pueda, evitando la dependencia, tanto desde SENAMA como desde el Ministerio de Salud y de Presidencia se impulsan diversos programas de envejecimiento activo. En este sentido, desde 2018 existe el Plan Adulto Mejor, dependiente del gabinete de la Primera Dama. Se trata de una estrategia que promueve acciones a favor de un envejecimiento activo y saludable en cuatro ámbitos: (i) adaptación de espacios urbanos para la integración social de las personas mayores, en línea con el Programa Ciudades Amigables de la OMS; incluye la creación de centros diurnos para personas con dependencia leve o moderada (con la oferta de talleres y servicios profesionales que entrega la red de centros de SENAMA); la creación de condominios de viviendas tuteladas para adultos mayores autovalentes solos o en pareja que requieren una solución habitacional; otras intervenciones urbanas como construcción y mejoramientos de aceras o cruces peatonales protegidos; (ii) acciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención en servicios preferentes para adultos mayores, incluidas acciones de promoción y defensa de derechos; (iii) estrategias para promover vida activa en la población mayor; esta línea incluye las Unidades Geriátricas de Agudos de MINSAL y SENAMA que funcionan en hospitales, la formación de especialistas en geriatría, las oportunidades de esparcimiento y recreación, y la alfabetización digital para la persona mayor; (iv) medidas para la capacitación y la inclusión laboral de las personas mayores, como ampliación de la oferta de cursos con certificación SENCE, apoyo económico a emprendimientos de las personas mayores e incentivo a empresas para que contraten personas mayores. Todas estas acciones están a cargo de algún ministerio de línea y, aunque varias de ellas ya existían, se han visto revitalizadas en visibilidad, alcance o presupuesto gracias al sello “Adulto Mejor<sup>33</sup>”.

En el caso de las políticas de envejecimiento activo impulsadas por SENAMA, por lo general se trata de políticas universales para la población adulta mayor, aunque en algunos casos se establecen criterios de acceso relacionados con el nivel socioeconómico. Los programas incentivan el turismo social, el voluntariado, y la participación en organizaciones civiles, así como la participación en jornadas de actividad física, y en talleres y actividades culturales, de recreación y esparcimiento.

El Ministerio de Salud también impulsa el programa “Más adultos mayores autovalentes”, dirigido a fomentar el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables entre las personas de 60 años o más que tengan una condición de salud permanente. El Ministerio también ejecuta el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor, mediante el cual se distribuyen, en los establecimientos de atención primaria de salud, alimentos fortificados con micronutrientes a los adultos mayores.

---

<sup>33</sup> Ver: <http://www.planadultomejor.cl/index.html>

## 2.6 Presupuesto y cobertura de los programas públicos de atención a la dependencia

Si bien el presupuesto destinado a fortalecer la oferta pública de servicios de cuidados ha aumentado considerablemente en los últimos años, el mismo sigue siendo limitado (CEDEA 2018). Según indica Villalobos (2017), en 2016 el presupuesto de SENAMA llegaba a 0.07% del presupuesto del Gobierno Central, y más del 60% de los fondos eran destinados a financiar las residencias de largo plazo.

La Tabla 3 muestra un desglose del presupuesto de 2019 para algunos servicios seleccionados de atención a la dependencia de adultos mayores, dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Salud. El total de estos programas representa poco más del 0.02% del Producto Interno Bruto del país (considerando que el PIB de 2018 de Chile ascendió a USD 298 mil millones).

**Tabla 3: Presupuesto 2019 – programas seleccionados**

			Presupuesto 2019	
	Servicio	Ministerio	Millones de pesos	Millones de USD
Servicios de cuidados				
Establecimientos de Larga Estadía	SENAMA	MDS	8,854	12.7
Fondo Subsidio ELEAM	SENAMA	MDS	8	0.0
Cuidados domiciliarios	SENAMA	MDS	880	1.3
Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	SRA	MinSal	602	0.9
Centros diurnos	SENAMA	MDS	2,968	4.3
Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	SRA	MinSal	2,815	4.1
Red Local de Apoyos y Cuidados - SNAC	SSS	MDS	3,093	4.5
Viviendas tuteladas	SENAMA	MDS	1,068	1.5
Prevención y envejecimiento activo				
Envejecimiento activo	SENAMA	MDS	410	0.6
Más Adultos Mayores Autovalentes	SENAMA	MinSal	12,498	18.0
Otros				
Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	SSP	MinSal	25,201	36.3
Programa Vínculos	SSS	MDS	7,519	9.5
Plan Nacional de Demencia	SRA	MinSal	1,933	2.8

Notas: SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor; SRA: Subsecretaría de Redes Asistenciales; SSS: Subsecretaría de Servicios Sociales; SSP: Subsecretaría de Salud Pública; MDS: Ministerio de Desarrollo Social; MinSal: Ministerio de Salud.

Fuente: Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS). Disponible en: <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas>

Cabe destacar que la Ley de Presupuesto para el 2020 prevé un aumento de 3.2 mil millones (USD 4.6 millones) para el SNAC, con el objetivo de ampliar el sistema a 33 nuevas comunas (totalizando 55), y un aumento de 1.7 mil millones (USD 2.5 millones) para los programas de apoyo de SENAMA. Es posible, sin embargo, que estos recursos y objetivos sufran modificaciones debido a la irrupción de la crisis sanitaria generada por el COVID-19 (ver Sección 2.8).

Las restricciones de presupuesto afectan la cobertura. Según el balance de gestión del SENAMA del año 2017, la inversión pública en cuidados sociosanitarios dependientes de este servicio alcanzó a cubrir a 19,394 adultos mayores con diferentes niveles de dependencia (Ministerio de Desarrollo Social - DIPRES 2018). Comparando con los últimos datos disponibles de la CASEN, esto significaría alrededor de un 4% de los adultos mayores de 60 años en condiciones de dependencia.

En lo que respecta al SNAC, los servicios cubren un total de 1,805 plazas para el total de la población objetivo (esto es, no restringido a adultos mayores) (Ministerio de Desarrollo Social - DIPRES 2018). El incremento progresivo de la cobertura del sistema no se cumplió como se planeó en sus inicios. En este sentido, el objetivo inicial era llegar a 16 comunas en 2017, 70 en 2018, 181 en 2019, 263 en 2020 y 345 en 2021; hasta ahora, el avance ha sido considerablemente más lento de lo esperado (Barraza 2017).

## **2.7 Mecanismos para asegurar la calidad de los servicios**

Como se ha planteado hasta ahora, la oferta pública de servicios de atención a la dependencia para la población de personas mayores autovalentes y en situación de dependencia y discapacidad es variada en términos de su procedencia institucional. Cada organismo es responsable de asegurar la calidad de su oferta programática, para lo cual se utilizan mayoritariamente mecanismos de inspección y control, entre los que se incluyen visitas rutinarias a los programas, inspecciones aleatorias sin previo aviso, y penalidades monetarias por incumplimiento.

Por ejemplo, SENAMA se encarga de hacer el seguimiento, monitoreo y supervisión de la ejecución de los proyectos que financia. El marco de referencia para esta supervisión son los compromisos establecidos en los convenios suscritos entre SENAMA y el organismo ejecutor. El estándar es la realización de una visita bimensual al organismo con una pauta de supervisión predefinida.

En los programas de cuidados domiciliarios, el aseguramiento de la calidad se realiza a través de la visita de los coordinadores de proyecto a los domicilios de las familias participantes y de la profesionalización o perfeccionamiento del personal. Cabe destacar que, en este caso, no existe una normativa como tal de que asegure estándares mínimos de calidad del servicio a ser brindado. Sí existen lineamientos establecidos por los programas que financian servicios de apoyo al cuidado en domicilio, como la Guía de Orientaciones Técnicas del Programa Cuidados Domiciliarios del SENAMA o el manual del programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa del MINSAL. Al mismo tiempo, se ha intentado asegurar la calidad del servicio mediante la formación de los recursos humanos. El país ha avanzado en los últimos años en la generación de currículums formativos, y en la definición de contenidos mínimos y metodologías de enseñanza y evaluación de cuidadores formales de personas en situación de dependencia. Actualmente, el Servicio Nacional de Capacitación (SENCE), organismo dependiente del Ministerio del Trabajo, cuenta con tres programas formativos relacionados con la atención a la dependencia<sup>34</sup>.

En el caso del programa de apoyo domiciliario del SNAC, debe existir un coordinador del servicio en cada comuna. Se establecen pautas para asegurar la calidad del servicio, por

---

<sup>34</sup> Ver: <http://www.senama.gob.cl/noticias/senama-y-sence-entregaran-capacitacion-en-atencion-y-cuidados-sociosanitarios-para-el-adulto-mayor>



ejemplo, la restricción de hasta cinco hogares por asistente personal, la definición de las tareas que el asistente personal debe/puede realizar en un catálogo pre-establecido, y la provisión de la indumentaria, materiales e insumos adecuados para llevarlas a cabo. Además, se debe aplicar una encuesta de satisfacción a los hogares beneficiarios dos veces al año; cada domicilio es visitado al menos una vez cada 3 meses para evaluar la actuación del cuidador e identificar qué áreas deberían ser reforzadas por medio de la formación continua (Gobierno de Chile 2017). Los servicios residenciales están sujetos a una doble supervisión: la que realiza SENAMA con arreglo a sus protocolos de atención y las normas de funcionamiento del Ministerio de Salud. La primera establece estándares de calidad y protocolos para la atención de los residentes, los cuidados complejos, y el funcionamiento de la residencia (SENAMA 2016). Por su parte, el Decreto N. 14/2010 del Ministerio de Salud regula aspectos de infraestructura de las residencias, así como de las características de la dirección y el equipo técnico de los establecimientos y su funcionamiento, incluyéndose ratios mínimos de cuidadores y profesionales por adulto mayor. El Ministerio de Salud, a través de sus secretarías regionales, realiza inspecciones a las residencias, tanto públicas como privadas, utilizando este Decreto como parámetro de evaluación. Un desafío, sin embargo, es la poca capacidad de fiscalización que tienen las secretarías regionales ministeriales de salud, producto del escaso personal destinado a estas funciones, especialmente en las regiones de mayor población del país<sup>35</sup>.

En el caso de las residencias irregulares, según el Decreto que rige para establecimientos de larga estadía para adultos mayores del Ministerio de Salud, éste puede actuar de oficio y mandar el cierre transitorio o definitivo del establecimiento si no cumple con las condiciones sanitarias establecidas en este reglamento. En teoría, esta norma establece que la Secretaría Regional Ministerial de Salud a cargo de supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en el territorio de su jurisdicción y de fiscalizar el cumplimiento del Reglamento Sanitario, debe además conducir un “programa de mejoramiento de la calidad” asesorando a los establecimientos que requieran regularizar su situación. Sin embargo, es muy probable que esto se traduzca en observaciones sobre aspectos que deben ser corregidos en un plazo determinado (o incluso en la prohibición temporal de funcionamiento).

Destaca asimismo que no existan registros sobre residencias sin reconocimiento del Ministerio de Salud. En la Región Metropolitana, la de mayor cantidad de habitantes del país, no existen estimaciones del Ministerio de Salud sobre residencias no reguladas. Esta situación amenaza la protección de los derechos de las personas mayores, ya que no se conocen las condiciones de vida de un número importante de ellos.

Uno de los objetivos del SNAC es establecer y asegurar el cumplimiento de estándares de calidad de los servicios de apoyo para las personas dependientes (Ministerio de Desarrollo Social 2016). En este sentido, de acuerdo con la Resolución Exenta 0377/2018, las transferencias de recursos que realiza el Ministerio de Desarrollo Social a los municipios donde se implementa el SNAC, se realizan sujeto a que se cumplan ciertos requisitos referidos al tipo de profesional que se contratará para el rol de coordinador, así como tiempos de diagnóstico, administración de las listas de espera, y gestión de la información de la red. Este instrumento normativo permite realizar un control presupuestario y de procesos desde el Ministerio de Desarrollo Social a los municipios que ejecutan el programa Red Local de Apoyos y Cuidados, a través de las secretarías regionales ministeriales. Las municipalidades que ejecutan el programa se obligan a remitir al Ministerio informes financieros y de gestión con cierta

---

<sup>35</sup> Como referencia, basta considerar que de acuerdo con cifras informadas por MINSAL en 2017, aunque en promedio 9 de cada 10 residencias reconocidas por el Ministerio había recibido visita de supervisión, en el caso de las residencias no reconocidas sólo 5 de cada 10 tuvieron alguna supervisión

regularidad. Asimismo, como se explicó en la Sección 2.4, los criterios para la selección de las comunas participantes garantizan la capacidad de gestión de estas, favoreciendo que se puedan cumplir estos criterios de calidad.

## **2.8 Medidas tomadas para asegurar la continuidad de los servicios en la crisis sanitaria generada por la pandemia del SARS-COV2**

Al momento de terminar de escribir este reporte, la crisis sanitaria provocada por el virus SARS-COV2 estaba en pleno desarrollo. Los adultos mayores han sido de las poblaciones más vulnerables en la pandemia, ya que no sólo son más propensos al contagio, sino que una vez enfermos, tienen mayores probabilidades de desarrollar complicaciones que pueden llegar a ser fatales (Lloyd-Sherlock y Bachmann 2020). Los adultos mayores con dependencia funcional revisten riesgos aún mayores. En primer lugar, porque es de suponer que su sistema inmunológico está todavía más comprometido que el de los adultos mayores autónomos. En segundo lugar, porque el distanciamiento social impuesto por los gobiernos para frenar la pandemia, así como el posible contagio de los cuidadores –formales e informales– provocan una disrupción de los sistemas y redes de cuidados de los cuales dependen. En tercer lugar, los residenciales de largo plazo representan potenciales focos de contagio, poniendo en peligro la vida de un grupo poblacional particularmente frágil, como lo es el de la población institucionalizada. Por último, cuidadores formales y familiares son más propensos a sufrir de estrés y sobrecarga emocional en una situación de emergencia e incertidumbre como la generada por la pandemia, con consecuencias negativas sobre su salud física y mental.

En Chile, al 4 de junio de 2020, 1,356 personas habían fallecido a causa del COVID-19, de los cuales 82% eran mayores de 60 años y 35% mayores de 80 años (Blanco 2020). Como una de las medidas para protegerlos, el gobierno chileno decretó la cuarentena obligatoria para todas las personas mayores de 75 años en todas las comunas.

El SENAMA publicó una serie de protocolos junto a la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, que apuntan a la prevención y atención del COVID-19 en las personas mayores y sus cuidadores, tanto en centros ELEAM como en el hogar. Estos protocolos se han ido actualizando a medida que avanza la pandemia y tienen como objetivo asegurar la continuidad del cuidado de los adultos mayores, minimizando el riesgo de contagio.

### Acciones dirigidas a garantizar cuidados en establecimientos de larga estadía

Entre las acciones tomadas, se destaca “la cuarentena o aislamiento de todos los residentes de los Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores”, restringiendo su acceso “a las personas estrictamente necesarias para su adecuado funcionamiento” y se suspendió el funcionamiento de los centros diurnos (SENAMA 2020a, p. 3.).

Se desarrollaron además guías de acción que incluyen, entre otros, la designación de un responsable de coordinación, la definición de los mecanismos de comunicación a trabajadores, residentes, y familiares, el aseguramiento de un stock adecuado de medicamentos y equipos de protección personal (y un plan alternativo en caso de escasez), y la coordinación con el establecimiento de salud al cual se debería trasladar al adulto mayor en caso de ser necesario. Se establecen protocolos para la desinfección de los espacios comunes, para el manejo de los recursos humanos, y para la prevención del personal, con protocolos de higiene, medidas especiales en caso de funcionarios de alto riesgo, etc. Por último, se establecen protocolos sobre



cómo actuar ante casos sospechosos o confirmados de COVID-19, y se designan “residencias espejos transitorias”, con el objetivo de contar con espacios de aislamiento que permitan trasladar a la mitad de los adultos mayores de cada ELEAM a un lugar externo de aislamiento, en caso de que se confirme algún contagio, ya sea de residentes o de trabajadores (SENAMA 2020c).

Muchos hogares han aplicado turnos rotativos para los cuidadores de los ELEAM para evitar el contacto con el exterior y así minimizar el riesgo de contagios. Mediante esta modalidad, un cuidador pasa 14 días adentro del establecimiento y 14 días fuera (Claro 2020).

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en coordinación con el Ministerio de Salud, son los encargados de fiscalizar y controlar el cumplimiento de estos protocolos. Cabe destacar que, a pesar de los protocolos establecidos, la evidencia anecdótica apunta a que, en muchas residencias, los mismos no se están cumpliendo debido a la escasa capacidad de fiscalización por parte de las autoridades (Segovia 2020, Bozanic Leal 2020).

#### Acciones dirigidas a garantizar la continuidad de la atención domiciliaria

Las visitas domiciliarias se restringieron a los casos más críticos: esto es, personas con niveles de dependencia severa o personas que viven solas y no tienen quién las cuide, siempre con el seguimiento de estándares y protocolos para no exponer a los adultos mayores ni a sus cuidadores a la enfermedad. Para garantizar la continuidad de la atención se reforzó el seguimiento telefónico para aquellos servicios que fueron cancelados temporariamente, como centros de días o personas cuya atención domiciliaria fue suspendida, y se reforzaron iniciativas de entrega de alimentos y medicación a domicilio (BID 2020). En la misma dirección, se activó una línea de teléfono exclusiva (Fono Mayor COVID-19), que no sólo actúa como medio de información y contención, sino que opera en coordinación con los municipios, levantando las necesidades de los que llaman y derivándolos a las redes especializadas o instituciones correspondientes (SENAMA 2020b).

#### Incentivos y vínculos con el sector privado y la sociedad civil

Se apeló a la ayuda de la comunidad a través de la iniciativa “Cuenta Conmigo”, para que los vecinos se sumen al cuidado de las personas mayores que no pueden salir de sus casas, ayudando en ir a hacerles las compras de comidas o medicamentos; en el mismo sentido se organizó un grupo de voluntariado “Yo te ayudo” para atender algunas de las necesidades de los adultos mayores de 80 años que se comunican con el Fono Mayor COVID-19 (Gobierno de Chile 2020).

Se establecieron también vínculos con el sector privado destinados a garantizar el cuidado de los adultos mayores. Se distinguen: (1) un proyecto entre el Gobierno y la Confederación de Producción y Comercio, (2) un proyecto entre SENAMA, la Fundación Metlife-Provida y la Fundación Chile para la entrega del servicio de teleasistencia para adultos en situación de vulnerabilidad, y (3) una alianza entre el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, la Bolsa Nacional de Empleo, la sociedad civil, y empresas privadas, cuyo objetivo es crear un espacio común, en donde a través de una plataforma online demandantes y oferentes de servicios de cuidados puedan contactarse y formar equipos de reemplazo temporal para cuando los grupos actuales de cuidados en los ELEAM, albergues, residencias y otros servicios de cuidados entren en cuarentena por sospecha o confirmación de casos COVID19 (SENAMA 2020c).

### Acciones para promover el autocuidado

El SENAMA publicó una guía de autocuidado dirigida a las personas mayores y consideraciones especiales para personas mayores en situación de aislamiento, y para el cuidado de la salud mental (SENAMA 2020c). Además, se incentiva que el adulto mayor se mantenga activo durante el periodo de cuarentena mediante la publicación en línea de programas de ejercicios tendientes a mantener la funcionalidad de los adultos mayores, y que se clasifican según el nivel de autonomía de la persona (SENAMA 2020b).

### Otras medidas extraordinarias dirigidas a los adultos mayores

- Ingreso familiar de emergencia: se dispuso de una ayuda económica transitoria, de no más de tres meses, para los hogares vulnerables que dependan de ingresos del sector informal. La ayuda está dirigida a: (i) el 60% de los hogares más vulnerables, compuestos por trabajadores informales, cuya fuente de ingreso se haya visto afectada por la pandemia; (ii) hogares que pertenecen al 80% más vulnerable de la población, con al menos una persona de 70 años o más que reciba la Pensión Básica Solidaria de Vejez<sup>36</sup>.
- Con motivo del COVID-19, a los adultos mayores de 75 años se les dará la vacuna anual contra la gripe en su propio domicilio.

---

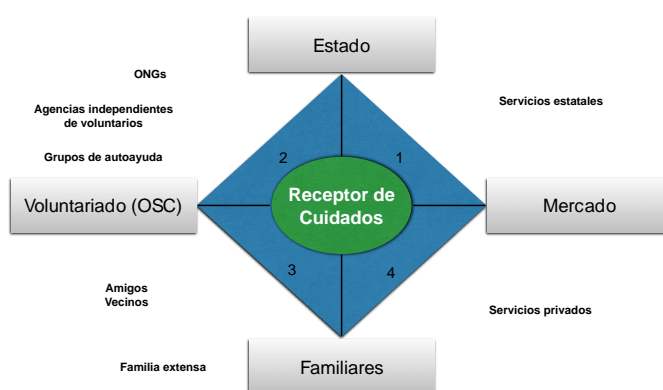
<sup>36</sup> Ver <https://www.ingresodeemergencia.cl/>

### Sección 3. Servicios privados de atención a la dependencia

De acuerdo con el “Diamante de Bienestar” de Evens, Pilj y Ungerson (1994) (Figura 7), los servicios de atención a la dependencia pueden ser prestados por el Estado, instituciones privadas con fines de lucro; pueden ser adquiridos en el mercado, instituciones privadas sin fines de lucro, y de manera no remunerada por familiares y amigos. Mientras que en la Sección 2 se describió el papel del primero de estos actores (el Estado), en esta sección se revisa el papel de los servicios privados, ya sean remunerados o no.

En Chile, los servicios privados son básicamente de cuatro tipos: residenciales, servicios domiciliarios de apoyos y cuidados, centros de días, y servicios de teleasistencia.

**Figura 8. Proveedores de servicios de apoyo**



Fuente: El diamante de bienestar de Evens, Pilj y Ungerson (1994).

El sector sin fines de lucro es particularmente importante en el país, destacándose las organizaciones religiosas, como la Fundación Hogar de Cristo, la cual maneja 44 centros de día, 89 programas de atención domiciliaria, y 17 residenciales, entre otros servicios para los adultos mayores<sup>37 38</sup>.

A continuación, pasaremos a revisar la oferta de cada uno de los servicios en mayor detalle.

#### 3.1 Servicios brindados por instituciones privadas (con o sin fines de lucro)

##### *Servicios residenciales*

De los 947 establecimientos de larga estadía –o ELEAM– que cuentan con autorización de funcionamiento en el país, 48 son privados sin fines de lucro y sin subsidio de SENAMA y 719 son instituciones privadas con fines de lucro (el resto son públicos, directamente financiados por SENAMA o cuentan con subsidio de la institución, tal como se explicó en la Sección 2)<sup>39</sup>.

<sup>37</sup> Gobierno de Chile, Presidencia de la República (2017). Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos.

<sup>38</sup> Ver: <https://www.hogardecristo.cl/adulto-mayor/>

<sup>39</sup> Ver: <http://www.senama.gob.cl/noticias/cuarentena-obligatoria-en-establecimientos-de-larga-estadia-para-personas-mayores>

Los establecimientos privados sin fines de lucro o bien son gratuitos o cobran cuotas que intentan ser accesibles y que, por lo general, están atadas al valor de la pensión del adulto mayor, pudiendo llegar al 85% de la misma (Cunil-Grau y Leyton 2018). Según los datos disponibles, estas cuotas pueden llegar a un máximo de 350 mil pesos chilenos mensuales (equivalentes a USD 440)<sup>40</sup>.

En cuanto a las residencias privadas con fines de lucro, el rango de precios varía, dependiendo del tipo de servicio y las comodidades ofrecidas. Algunos residenciales cobran por un servicio integral, dependiendo del nivel de dependencia de la persona, mientras que otros cobran por cada servicio de forma individual: alojamiento, alimentación, lavandería, cuidados especiales, etc. De acuerdo con información local, estos establecimientos están enfocados a un segmento de la población de ingresos medios y altos, con costos mensuales que promedian los 400 mil pesos chilenos mensuales, pero que pueden llegar hasta los 2.5 millones de pesos (USD 3,150) mensuales (MIAB 2015, Alvarez 2019).

En los últimos años se ha comenzado a instalar un servicio de hogares para personas mayores de más recursos, las cuales no se califican como residenciales, sino como “hoteles para personas mayores”, por lo que no son sujetos de supervisión del Ministerio de Salud. Estas residencias Premium poseen una infraestructura especialmente concebida para atender a los adultos mayores y ofrecen habitaciones o departamentos, en conjunto con servicios adicionales bastante diversos, como mucamas, comidas diarias, supervisión médica, y variadas actividades de esparcimiento.

### *Centros diurnos*

Como se mencionó en la Sección 2, SENAMA otorga subsidios a centros diurnos que son administrados por organizaciones privadas sin fines de lucro. En 2017, 31 establecimientos recibieron este subsidio, con una población beneficiaria de poco más de 2,000 personas (Cunil-Grau y Leyton 2018).

Cabe también destacar que algunas municipalidades (gobiernos locales) de la Región Metropolitana, que se caracterizan por contar con más recursos y población adulta mayor, han generado sus propios centros, como lo es el caso de Providencia y Las Condes. Estos centros no reciben subsidios de servicios como SENAMA o el Ministerio de Salud, sino que operan con los recursos de su sostenedor y contemplan un copago por parte de las personas mayores o sus familias. En el caso de Las Condes, por ejemplo, existe un programa denominado Centro de Día del Adulto Mayor, que cuenta con un equipo multidisciplinario y equipamiento especializado para la estimulación cognitiva y física. Dicho centro funciona con copagos que van desde de 5,000 pesos chilenos diarios por persona por jornada completa (equivalente a algo más de 7 USD) a 2,000 pesos chilenos diarios por persona por el servicio de alimentación<sup>41</sup>.

Si bien no existen datos oficiales disponibles acerca de la cantidad de centros diurnos administrados por organizaciones privadas con fines de lucro, un ejercicio de búsqueda rápido permite observar un mercado en expansión, aunque todavía limitado.

---

<sup>40</sup> Ver: <https://miadultomayor.cl/residencias-sociales/>

<sup>41</sup> Ver: <https://www.lascondes.cl/recreacion/tiempo-libre/centro-de-dia/adulto-mayor.html>

## *Servicios de cuidado domiciliario*

Los servicios de cuidados domiciliarios son los de mayor crecimiento entre los servicios de cuidado de larga duración a nivel mundial, debido, en gran parte, a su menor costo y a las preferencias de las personas mayores de permanecer en su residencia habitual (Jacobzone 1999). Una encuesta aplicada en Chile en 2016 encontró una clara preferencia entre los adultos mayores por ser atendidos en su hogar en el caso de requerir apoyo ante una situación de dependencia (BUPA 2016). En Chile, estos servicios han tenido un empuje importante, sobre todo a partir de la implementación del SNAC.

Además de los tres programas públicos de atención a domicilio para personas dependientes mencionados en la Sección 2, algunas organizaciones privadas sin fines de lucro también ofrecen este tipo de servicios. Entre ellas, se destacan: Cerro Navia Joven y el Movimiento Pro-Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), además de Cristo Vive, fundación dedicada a la formación de cuidadores formales de personas en situación de dependencia. Cabe recordar que las organizaciones privadas sin fines de lucro, al firmar convenios de transferencia de recursos con organizaciones públicas, se someten a su fiscalización, para así resguardar el correcto funcionamiento de los programas.

En cuanto a la oferta privada con fines de lucro, existen empresas que ofrecen servicios de atención domiciliaria, enfermería y hasta hospitalización domiciliaria. Por lo general, se ofrecen distintos planes y precios, dependiendo de las horas de cuidado al día que se requieran y el tipo de cuidados. También se tiene referencia de empresas que nuclean a trabajadores del sector, verificando sus competencias y dándoles una clasificación acorde, que sirven como enlace entre personas que necesitan servicios de atención domiciliaria y quienes lo proveen a través de una plataforma web<sup>42</sup>. Sin embargo, la falta de un registro oficial de las empresas dedicadas al rubro dificulta un análisis más detallado del mercado.

## *Teleasistencia*

Otro servicio cuyo uso en el país ha crecido en los últimos años es la teleasistencia, servicio que permite a las personas con dependencia disponer de ayuda las 24 horas y los 365 días del año, mediante el acto de pulsar un botón que conecta a la persona mayor con una central telefónica, desde la cual puede recibir orientación y apoyo, en áreas como la administración de medicamentos, aviso de accidentes o caídas, manejo de sintomatología, y consultas sobre acceso a otros servicios.

La teleasistencia ha sido desarrollada en Chile desde la empresa privada. El costo de los servicios ronda los 15,000 - 20,000 pesos mensuales (18-25 USD) por un dispositivo, aunque existen empresas que entregan planes que, por un precio mayor, incluyen más de un dispositivo por hogar e incluso realizan una evaluación de la vivienda, con el objetivo de minimizar los riesgos para el adulto mayor que la ocupa. En algunos casos el servicio es contratado por parte de municipalidades (gobiernos comunales) que pagan a estas empresas y entregan el servicio sin costo a los adultos mayores residentes. Algunos ejemplos son las municipalidades de Cerrillos<sup>43</sup>, Las Condes<sup>44</sup> o Recoleta<sup>45</sup>, entre otros.

---

<sup>42</sup> Ver por ejemplo: <https://www.nidmi.cl/encontrar-cuidador>

<sup>43</sup> Ver: <http://www.mccerrillos.cl/teleaudiencia.php>

<sup>44</sup> Ver <https://www.lascondes.cl/noticias/las-condes-al-dia/detalle/286/se-lanzo-programa-de-teleasistencia-para-adultos-mayores>

<sup>45</sup> Ver <https://www.recoleta.cl/recoleta-lanza-proyecto-de-teleasistencia-para-adultos-mayores/>

### 3.2 Cuidados informales provistos por la red familiar

La mayor parte de los servicios para atender a las personas con dependencia son brindados de forma no remunerada por la familia o un círculo cercano de amigos o conocidos. La mayoría de las personas mayores en situación de dependencia cuenta con el apoyo de alguien de la familia.

De acuerdo con la información de CASEN 2017, 84.5% de las personas mayores con dependencia reciben apoyo de alguien para realizar sus actividades de la vida diaria: un 46.4% reciben apoyo de algún familiar, un 14.5% reciben apoyo de una persona externa al hogar, mientras que un 23.6% cuentan con ambos tipos de apoyo. Es decir, un 70% de las personas mayores en situación de dependencia señalan contar con apoyos y cuidados familiares. De quienes cuentan con un cuidador externo al hogar, el 10% corresponde a un cuidador remunerado (CASEN 2017).

Varios estudios han delineado el perfil de las personas que proveen cuidados informales a personas mayores en situación de dependencia; de acuerdo con sus conclusiones es posible destacar que más de la mitad de las personas que cuidan son mayores de 50 años; alrededor de dos terceras partes de los cuidadores informales son mujeres, porcentaje que en algunos estudios llega a casi el 90%. Por ejemplo, según un estudio de SENAMA (2010), dos terceras partes de las personas que cuidan son mujeres, el 36.1% son hijos, mientras que el 27.9% son cónyuges. Cifras muy parecidas surgen de otros estudios (ver, por ejemplo, la última Encuesta Nacional de Discapacidad de SENADIS 2015 o Slachevsky et al. 2013 para un estudio de cuidadores de personas con Alzheimer, entre otros).

La evidencia indica que apoyar a una persona con dependencia es una tarea ardua y tiene efectos negativos en la salud de la persona que cuida, siendo además una tarea que suele extenderse 5 años en promedio. Según el estudio de SENAMA (2010), el 44% de los cuidadores presenta síntomas depresivos; un 19% presenta una sobrecarga ligera de trabajo, y un 25% sobrecarga intensa, producto de sus tareas de apoyo y cuidados. En el caso de los cuidadores de personas con demencia, la sobrecarga parecería ser mayor: Slachevsky et al. (2013) muestran que el 63% tiene sobrecarga de trabajo severa<sup>46</sup>, mientras que el 47% muestra problemas de salud mental. El estudio determinó que los principales detonantes de la morbilidad psiquiátrica de los cuidadores son el estrés, la severidad de los síntomas neuropsiquiátricos de la persona mayor a la que atienden y sus problemas de capacidad funcional, además de situaciones de disfunción familiar.

---

<sup>46</sup> Los niveles de sobrecarga leve, moderada e intensa hacen referencia a la intensidad de los síntomas de agobio, ansiedad y sentimientos de desesperanza que manifiestan las personas después de un tiempo prolongado de proveer cuidados sin apoyo de terceros. La sobrecarga, medida de acuerdo con la escala Zarit, se provoca al conjugarse una demanda excesiva de trabajo producto de cuidar a una persona dependiente y una baja autopercepción de capacidades para satisfacer dicha demanda.

## Sección 4. Los desafíos de la atención a la dependencia en Chile

Los cambios sociales y demográficos ocurridos en Chile durante los últimos años han generado un contexto en el que, por un lado, la demanda de servicios de atención a la dependencia de largo plazo aumenta debido al envejecimiento de la población y, por el otro, la oferta de cuidados familiares que tradicionalmente ha cubierto esta demanda se contrae, debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la disminución del tamaño de los hogares. La oferta de servicios públicos, por su parte, dirigida en general a los sectores más vulnerables de la población, enfrenta al menos dos desafíos importantes: la integración de servicios a nivel local y la regulación de la calidad de los servicios. El mercado privado de servicios de atención a la dependencia ha crecido en los últimos años, pero la accesibilidad a servicios de calidad está restringida a aquellos de mayores ingresos. Esto genera algunas barreras que acentúan las inequidades en el acceso a los servicios de atención a la dependencia de largo plazo.

Como se ha visto, el Estado de Chile ha dado pasos importantes en torno a la conformación de una red de protección social para sus poblaciones vulnerables. En 2004 se levantaban señales de alerta sobre la transición demográfica y la proximidad del envejecimiento poblacional, mirando al 2020 como el año donde la población mayor podría llegar al 17%. Según la encuesta CASEN del 2017, la población mayor de 60 años en Chile ese año ya llegaba al 19.3%, siendo la primera vez en la historia de Chile que ese grupo de edad supera a la población de 15 años o menos. El envejecimiento es ya una realidad y el problema de la dependencia no se puede mirar como un reto de futuro. En el derrotero de las últimas dos décadas, en que se desarrolló una institucionalidad para el desarrollo social que incluye organismos especializados en la atención a la adultez mayor y a la discapacidad, como SENAMA y SENADIS respectivamente, el concepto *dependencia* comenzó a asomarse tardíamente, cuando la limitación de las capacidades funcionales y las dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria comenzaron a emerger en los diagnósticos sobre estas poblaciones, develando progresivamente un ámbito más específico que motiva respuestas particulares desde el punto de vista de la promoción de la autonomía y el apoyo a los cuidados. Las encuestas nacionales como el Estudio Nacional de Dependencia, la Encuesta de Discapacidad y la Encuesta de Caracterización Socioeconómica de Hogares han contribuido progresivamente a la instalación del concepto *dependencia* como un ámbito particular de la vulnerabilidad social y de salud en la población.

Ante esta realidad, se comenzó a implementar en 2017 la iniciativa Chile Cuida, con el objetivo de dar una respuesta integral al tema de la atención a la dependencia, articulando actores públicos y privados, y fomentando la corresponsabilidad en los cuidados (Ministerio de Desarrollo Social 2016). Desde su concepción, Chile Cuida fue pensado como un pilar del sistema de protección social, al nivel de las otras iniciativas dedicadas a la primera infancia (Chile Crece Contigo) y a la vulnerabilidad de los hogares (antes Chile Solidario, hoy Seguridades y Oportunidades), con un diseño que permita articular instituciones, definir metas transversales y orientar decisiones de focalización y gasto, bajo el principio de asegurar pisos mínimos de protección social. Probablemente esta sea todavía la principal expectativa no cumplida de Chile Cuida, que aún no logra avanzar hacia la siguiente fase: consolidarse como una iniciativa que ofrezca servicios integrados de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia en todas las comunas del país y con una base de aseguramiento que garantice la disponibilidad de los servicios considerados esenciales.

Hasta ahora la iniciativa se está llevando a cabo en un número muy limitado de comunas y se encuentra en etapa de rediseño, de cara a preparar su expansión a nivel nacional. La evaluación

de la etapa de implementación de Chile Cuida informa buenos resultados a nivel de gestión, probablemente porque el esquema de integración de servicios articulados a nivel municipal ha sido antecedido por esfuerzos similares que han sentado precedentes operativos para los dispositivos territoriales de coordinación. Las Redes Locales Chile Cuida parecieron ser instancias propicias de trabajo territorial para la gestión de casos, la creación de planes individuales de intervención, y lugares para desarrollar esquemas flexibles de servicios especializados de soporte como kinesiología, podología y enfermería. Sin embargo, será preciso avanzar hacia diseños más claros de provisión para que este mismo esquema de trabajo sea sostenible a una escala mayor.

Por otro lado, se debe trabajar mejor en definir la relación de los servicios sociales con los servicios de salud. Si bien los otros pilares del sistema de protección social incluyen varias prestaciones relacionadas con salud, en el caso de la atención a la dependencia se debe construir una cultura de articulación para la gestión compartida de los casos, donde los vectores del cuidado tienen características clínicas, asistenciales, sociales y familiares, y donde el esfuerzo de coordinación puede ser aún mayor. Aún no se ha logrado avanzar hacia esquemas de articulación en los que los equipos encargados de gestionar los apoyos sociales se vinculen y coordinen directamente con los equipos clínicos de la atención primaria y hospitalaria. Cuando esto ocurre es más por la cultura local de coordinación con referentes institucionales próximos donde la gestión de redes es más bien informal. El desafío es estandarizar estas articulaciones para que sean sistémicas y sostenibles.

La valoración de los resultados del piloto Chile Cuida apunta ámbitos centrales en los que resulta urgente trabajar. Entre ellos se incluye la actualización de la normativa sobre residencias de adultos mayores, la generación de normativa para servicios de teleasistencia y cuidados domiciliarios, la creación de una agencia de certificación de servicios, el establecimiento de estándares mínimos de calidad, creación de una normativa de servicios de cuidados de larga duración para oferentes privados y el establecimiento de una política de formación y certificación de competencias que permita aumentar la disponibilidad de cuidadores formales (Banco Mundial y MIDESO, 2017).

Este último punto pone de relieve un tema transversal a la plataforma de servicios sociosanitarios para la atención a la dependencia: la formación de una base de cuidadores formales que permita sustentar servicios propios de un sistema de cuidados de larga duración. Actualmente es un problema objetivo la falta de personal capacitado para la provisión de cuidados formales, domiciliarios e institucionales. De acuerdo con un estudio de OIT (Scheil-Adlung 2015), se estima que en Chile existe una brecha de 72,913 personas a formar para la provisión de servicios de cuidado de larga duración que permitan cubrir las necesidades de la población en condición de dependencia. La misma situación se presenta a nivel de profesionales geriatras (Acosta et al 2018).

Asimismo, es importante considerar el costo que está teniendo para el sistema de salud la falta de soluciones, ya sea públicas o privadas a precios accesibles, para resolver la demanda creciente de cuidados de larga duración. De acuerdo con un estudio del Ministerio de Salud realizado en 2017 (Figuerola 2017), entre enero y abril de dicho año, existían un total de 2,238 pacientes que, habiendo ingresado al sistema de salud por una patología médica, no pudieron regresar a su hogar una vez resuelto el problema médico, por no contar con los apoyos y cuidados necesarios en su domicilio particular. Estos pacientes sociosanitarios tienen un promedio de edad de 64.6 años y una estadía promedio de internación de 69 días. Este problema generaría para el Ministerio de Salud un gasto de 5,000 millones de pesos chilenos por mes,



algo más de 7 millones USD mensuales. De estos recursos, 1,000 millones de pesos chilenos se gastan en la atención, mientras que los restantes 4,000 millones en las derivaciones de pacientes a otros hospitales, la mayoría privados, al no contar con camas suficientes.

La crisis sanitaria provocada por el COVID-19 ha dejado de manifiesto a nivel global la enorme vulnerabilidad de las personas que presentan condiciones más severas de dependencia y que dependen completamente de cuidados institucionales. Los huéspedes permanentes de las residencias de larga estancia han estado muy expuestos a la crisis sanitaria, en particular, los residentes de hogares que no cumplen con estándares adecuados de calidad y seguridad. Chile no ha sido la excepción. En la medida que se han identificado focos de contagio al interior de varias residencias, se han constatado grados dispares de cumplimiento de normativas y protocolos y, en general, ostensibles debilidades en el sistema de vigilancia de la calidad de las residencias.

Si se debe avanzar a paso acelerado hacia un sistema sociosanitario de cuidados de larga duración resulta imprescindible abordar todas las dimensiones relacionadas con el cuidado. La superación de los déficits antes destacados debe partir por la generación de mejores condiciones para desmedicalizar el cuidado de los grandes dependientes atendidos por el sistema público de salud y ofrecer condiciones adecuadas de cuidados permanentes fuera de los recintos hospitalarios, pero en coordinación con el sector salud. Para esto se debe asegurar que existan recursos humanos debidamente entrenados, con adecuada supervisión y en número suficiente para cubrir las necesidades del cuidado institucional y en el hogar.

Por otro lado, se debe avanzar con medidas estructurales que pueden facilitar la provisión de los cuidados con aspectos que resultan esenciales para el bienestar de las personas dependientes y sus familias. El acceso a servicios de salud se ha visto muy favorecido por la incorporación de nuevas patologías al Régimen de Garantías Explícitas en Salud, algunas de ellas exclusivamente dirigidas a las personas adultas mayores y otras tantas no exclusivas pero muy relacionadas con el perfil de morbilidad de los mayores. Asimismo, la reciente promulgación de la Política Nacional de Medicamentos incluye varias medidas que complementarán los esfuerzos de los sistemas de protección social y salud en el ámbito de los cuidados. Se incluye, por ejemplo, una importante medida de entrega de medicamentos a domicilio para personas con dependencia severa y que se controla en centros de atención primaria de salud. En 2019 partió como piloto en 11 comunas, y está proyectada su ampliación progresiva al resto del país. En algunas comunas, las estrategias de confinamiento de la población para prevenir los contagios por COVID-19 han acelerado las medidas tomadas por municipios y establecimientos de salud para la adopción de esta modalidad de distribución.

La importancia de contar con servicios de atención a la dependencia de largo plazo accesibles y de calidad, así como del fortalecimiento de la coordinación sociosanitaria ha quedado de manifiesto, ahora más que nunca, en el contexto de la crisis sanitaria causada por el COVID-19. La vulnerabilidad de los adultos mayores dependientes ante la pandemia debería servir para dar nuevos ímpetus a la expansión del Sistema Nacional de Cuidados.

## Bibliografía

- Acosta, E. 2015. *Cuidados en crisis: mujeres migrantes hacia España y Chile*. Deusto: España
- Acosta, Picasso y Perrota. 2018. Envejecimiento y cuidados en Chile. Avances y desafíos en la construcción de una política pública. *Análisis y perspectivas*, 15: 1-10
- Acosta, Picasso y Perrota. s/f. Programa de Políticas Sociales en Latinoamérica (SOPLA): los casos de Chile, Cuba, y Uruguay.
- Albala, C., Sánchez, H., Bustos, C., Fuentes, A. (2007). Informe Final: Situación de los cuidadores domiciliarios de adultos mayores dependientes con pensión asistencial.
- Alvarez, G. 2019. Residencias para adultos mayores: el incipiente segmento para la renta inmobiliaria que miran los inversionistas. *La Tercera*, 5 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.latercera.com/pulso-trader/noticia/residencias-adultos-mayores-nicho-renta-inmobiliaria-inversionistas/812126/>
- Aporto Ltda. (Ed). 2014. Diseño de una estrategia para la reducción de brechas entre la demanda de familias en situación de vulnerabilidad por contar con integrantes en condiciones de dependencia (derivadas del envejecimiento, enfermedad y/o discapacidad) y la oferta intersectorial de servicios de cuidado. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.
- Aranco, N., Sorio, R. 2018. *Envejecimiento y servicios de apoyo en Uruguay*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Arechalaba, M.C., Catoni, M.I., Palma, E., Barrios, S. 2011. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado en pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1): 74-79.
- Benavides, O., Alburquerque, D., Chaná-Cuevas, P. 2013. Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. *Revista Médica de Chile*, 141(3): 320-326.
- Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. 2020. Continuidad de los servicios en domicilio y de teleasistencia para adultos mayores en la coyuntura del COVID-19. Webinar organizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, Programa EUROSociAL+, y la Agencia Francesa de Desarrollo. 30 de abril, 2020. Disponible en: <https://cursos.iadb.org/es/webinars/envejecimiento/continuidad-de-los-servicios-en-domicilio-y-de-teleasistencia-para-adultos-mayores>
- Barraza, M. 2017. Dependencia y apoyo a los cuidados, un asunto de derechos humanos, en Forttes, P. (ed) *Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados: Un desafío país*, pp. 60-67. Gobierno de Chile. Dirección Sociocultural, Presidencia de la República.
- Blanco, F.M. 2020. El perfil de los fallecidos por Covid-19 en Chile. Pauta Nacional, 15 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.pauta.cl/nacional/el-perfil-de-los-fallecidos-por-covid-19-en-chile-actualizado>

- Bozanic Leal, A. 2020. Residencias de larga estadía para Personas Mayores y Covid-19: aún estamos a tiempo de parar la masacre. *La Tercera*, 13 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/residencias-de-larga-estadia-para-personas-mayores-y-covid-19-aun-estamos-a-tiempo-de-parar-la-masacre/FULWKFZINZHUNEUZETQEQXHIME/>
- Bravo, D., Puentes, E. 2012. Female labor force participation and informal care of adults: Evidence for a middle-income country. Serie *Documentos de Trabajo* 353, Departamento de Economía, Universidad de Chile.
- Bruzzo, S., Henríquez, J., Velasco, C. 2018. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada. *Puntos de Referencia, CEP*; (478)
- Budlender, Debbie. 2008. The statistical evidence on care and non-care work across six countries. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- BUPA. 2016. Encuesta Actitudes Hacia el Envejecimiento. Santiago de Chile.
- Carretero, S., Garcés Ferrer, J., Ródenas Rigla, F. 2003. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Centro de Estudios de Economía Aplicada [CEDEA]. 2018. Una revisión panorámica del Proyecto de Ley de Presupuestos 2019: análisis de los énfasis sectoriales. Disponible en: [http://cedea.cl/wp-content/uploads/2018/12/Análisis-Sectorial-del-Presupuesto-2019-v5\\_final-v2-2.pdf](http://cedea.cl/wp-content/uploads/2018/12/Análisis-Sectorial-del-Presupuesto-2019-v5_final-v2-2.pdf)
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe]. 2006. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad [LC/G.2294 (SES.31/3)], Trigésimo primer periodo de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo.
- Claro, H. 2020. Residencias espejo y turnos de 14 días: las nuevas medidas de los centros para adultos mayores para prevenir contagios. *El Dínamo*, 15 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.eldinamo.cl/nacional/2020/05/15/chile-coronavirus-residencias-espejo-y-turnos-cada-14-dias-las-nuevas-medidas-al-interior-hogares-adultos-mayores/>
- Cunil-Grau, N. y Leyton, C. 2018. Una nueva mirada al enfoque de derechos. Aportes al debate a partir de los servicios de cuidado para personas mayores en Chile. *Revista latinoamericana de derecho social*, 27.
- Dunlop, D. D., Hughes, S. L., y Manheim, L. M. 1997. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American journal of public health*, 87(3), 378-383
- Evens, Pilj y Ungerson. 1994. The Welfare Diamond.
- Ferrer-Lues, M., Campos, J., y Monreal, V. 2017. Informe final de evaluación. *Evaluación programas gubernamentales: Programa de Atención Domiciliaria a Personas con*

*Dependencia Severa. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.*  
Disponible en: [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163132\\_informe\\_final.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163132_informe_final.pdf)

Figuerola, C. 2017. Primer estudio nacional sociosanitario en atención cerrada. Orientaciones de abordaje técnico desde el enfoque de procesos. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile (2020). CuentaConmigo. <https://www.gob.cl/cuentaconmigo/>

Huenchan, S., González, D., Paredes, M., Guzmán, J.M. 2007. Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Instituto Nacional de Estadísticas Chile. 2018. Síntesis de resultados CENSO 2017.  
Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

Jacobzone, S. 1999. Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives – *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers n° 38*. Paris: OECD, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs.

Jiménez Agüero, C. 2014. Senior home care: cuidado personalizado a domicilio para adultos mayores. Tesis para optar al grado de Magíster en Negocios, Universidad de Chile.

Jofré V, Sanhueza O. 2010. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y enfermería*, 16(3): 111-120.

Katz, Sidney. 1983. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society* 31(12): 721-727.

Lloyd-Sherlock, P., y Bachmann, M. 2020. “[Coronavirus and other health conditions: so many more questions than answers](#).” corona-older.com, April 20.

Marín, P.P., Guzmán, J.M., Araya, A. 2004. Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?, *Revista Médica de Chile*; 132: 832-838.

Matus-López, M., Cid Pedraza, C. 2014. Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012–2020. *Rev. Panamericana de Salud Pública* 36(1):31–6.

Medel, C. 2016. Residencias para el Adulto Mayor financiadas por el Estado. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en:  
<https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=DOCUMENTOCOMUNICACIONCUENTA&prmID=14852>

Medellín, N., Ibararán, P., Matus, M., Stampini, M. 2018. Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. *Banco Interamericano de Desarrollo. División Protección Social y Salud*. Nota Técnica DB-TN-1438.

Ministerio de Desarrollo Social. 2013. Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN). 2013. Resultados. Chile.

- Ministerio de Desarrollo Social. 2015. Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN). 2015. Resultados. Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social. 2016. El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados: Lineamientos Principales. Disponible en:  
[https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/presentacion\\_claudio\\_rodriguez\\_ministerio\\_de\\_desarrollo\\_social.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/presentacion_claudio_rodriguez_ministerio_de_desarrollo_social.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social. 2017a. Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN). 2017. Adultos mayores. Síntesis de resultados. Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social. 2017b. Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN). 2017. Educación. Síntesis de resultados. Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social. 2017c. Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados – Documento Marco. Comité Técnico Interministerial Desarrollo Social.
- Ministerio de Desarrollo Social – DIPRES. 2018. Balance de Gestión Integral 2017. Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Disponible en:  
[http://www.dipres.gob.cl/597/articles-172647\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/597/articles-172647_doc_pdf.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. 2019. Programa Red Local de Apoyos y Cuidados SNAC. Orientaciones Técnicas Componente N°1 Gestión de Red. Chile Cuida. Santiago.
- ENCAVI. 2016. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Santiago de Chile.
- Ministerio del Deporte. 2016. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población de 18 años y más. Santiago de Chile. Disponible en:  
<http://www.mindep.cl/wp-content/uploads/2016/07/PRESENTACION-ENCUESTA-HABITOS-2015.pdf>
- Ministerio de Salud. 2016a. Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Disponible en:  
[https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2017/PRG2017\\_3\\_59474.pdf](https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2017/PRG2017_3_59474.pdf)
- Ministerio de Salud. 2016b. Programa Residencias y Hogares Protegidos. Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Disponible en:  
[https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera\\_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Salud/SUBS%20REDES/Programa%20Residencias%20y%20Hogares%20Protegidos\(Seguimiento\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Salud/SUBS%20REDES/Programa%20Residencias%20y%20Hogares%20Protegidos(Seguimiento).pdf)
- Ministerio de Salud. 2017. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Disponible en:  
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

- Ministerio de Salud. 2018a. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf)
- Ministerio de Salud. 2018b. Manual de orientación técnica. Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. Disponible en: <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/07/OOTT-dependencia-severa-final-2018.pdf>
- MIAB [Museo Inclusivo Art Brut]. 2015. El mercado de la tercera edad en Chile. Disponible en: <https://www.museoinclusivo.org/index.php/component/k2/item/30-el-mercado-de-la-tercera-edad-en-chile>
- Naciones Unidas. 2006. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>.
- Naciones Unidas. 2019. World Population Prospects: 2019 Highlights. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
- Nagi, S. 1964. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: concepts, methods and procedures. *American Journal of Public Health*, No. 54: 1568-1579.
- Organización Mundial de la Salud. 2001. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid, España: Grafo S.A.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. Informe sobre la salud en el mundo 2004 - cambiemos el rumbo de la historia. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf?ua=1)
- Organización Mundial de la Salud. 2017. Navegador de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser>
- Organización Mundial de la Salud, y Banco Mundial. 2011a. Informe Mundial Sobre La Discapacidad. Malta: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/)
- . 2011b. Resumen del Informe Mundial sobre la Discapacidad. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.03\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70672/WHO_NMH_VIP_11.03_spa.pdf?sequence=1)
- Programa Chile Cuida. 2017. Manual operativo del Programa Servicios de Cuidados Domiciliarios. Disponible en: [http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica/9/f/d/9fdbdbbcd5b4fd0cd610269ae91871189d8cdd460953587a42cbe5cd702a0e9d/19\\_ChC\\_Manual\\_Operativo\\_Programa\\_Chc\\_05.05.pdf](http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica/9/f/d/9fdbdbbcd5b4fd0cd610269ae91871189d8cdd460953587a42cbe5cd702a0e9d/19_ChC_Manual_Operativo_Programa_Chc_05.05.pdf)
- Riquelme, K., Silva, A., Zepeda, P. 2007. Perfil del cuidador principal/ familiar de adultos mayores postrados en Chillán-Chile y de adultos mayores inmovilizados en Alicante-España. Tesis para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Universidad del Bío-Bío.

- Scheil-Adlung, X. 2015. Long-term care protection from older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. *ESS Working Paper 50*, International Labour Office.
- Segovia, M. 2020. Contagios en residencias para adultos mayores, la vulnerabilidad de Chile a cara descubierta. *El Mostrador*, 4 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/05/04/contagios-en-residencias-para-adultos-mayores-la-vulnerabilidad-de-chile-a-cara-descubierta/>
- SENADIS. 2015a. Encuesta Nacional de la Discapacidad (ENDISC): un nuevo enfoque para la inclusión. Santiago de Chile.
- SENADIS. 2015b. Encuesta Nacional de la Discapacidad (ENDISC). Informe metodológico. Santiago de Chile.
- SENADIS. 2015c. Encuesta Nacional de la Discapacidad (ENDISC). Libro de resultados. Santiago de Chile.
- SENADIS. 2017. Discapacidad y Dependencia Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II Estudio Nacional de la Discapacidad, Santiago de Chile.
- SENAMA. 2010. Estudio Nacional de la Dependencia en la Personas Mayores. Santiago de Chile.
- SENAMA. 2016. Estándares de calidad para establecimientos de larga estadía para adultos mayores. Protocolos SENAMA 2016. Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares\\_Calidad-ELEAM\\_WEB.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares_Calidad-ELEAM_WEB.pdf)
- SENAMA. 2020a. Guía práctica de manejo de COVID-19 en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Abril 2020. Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Gui%CC%81a\\_ELEAM\\_COVID\\_19\\_MINSA\\_L\\_SENAMA\\_ACHGG\\_Abril\\_2020.pdf-1.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Gui%CC%81a_ELEAM_COVID_19_MINSA_L_SENAMA_ACHGG_Abril_2020.pdf-1.pdf)
- SENAMA. 2020b. ¿Qué es el Fono Mayor Covid-19?. Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUE\\_ES\\_EL\\_FONO\\_MAYOR\\_COVID.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUE_ES_EL_FONO_MAYOR_COVID.pdf)
- SENAMA. 2020c. Medidas para las personas mayores en contexto COVID-19. Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/MEDIDAS\\_PARA\\_LAS\\_PERSONAS\\_MAYORES\\_EN\\_CONTEXTO\\_COVID.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/MEDIDAS_PARA_LAS_PERSONAS_MAYORES_EN_CONTEXTO_COVID.pdf)
- SENDA. 2015. Boletín del Observatorio Chileno de Drogas. 23: 1-6.
- Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda-Castillo, C., Nunez-Huasaf, J., Silva, JR., Muñoz-Neira, C., Gloger, S., Jiménez, O., Martorell, B., Delgado, C. 2013. The CUIDEME Study: determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35(2): 297-306.



- Villalobos Dintrans, P. 2019a. Cuidados de largo plazo en Chile: las caras de la dependencia. *ReVista. Harvard Review of Latin America*. Disponible en: <https://revista.drclas.harvard.edu/book/cuidados-de-largo-plazo-en-chile>
- Villalobos Dintrans, P. 2019b. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Revista médica de Chile*, 147(1), 83-90. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100083>
- Villalobos Dintrans, P. 2017. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública* 41:e86. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2017.v41/e86>
- The Washington Group on Disability Statistics. 2017. The Washington Group Short Set of Questions on Disability. Disponible en: <http://www.washingtongroup-disability.com/wp-content/uploads/2016/01/The-Washington-Group-Short-Set-of-Questions-on-Disability.pdf>
- World Health Organization. 2004. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68896/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



## Bases de datos consultadas

Banco Mundial: <https://datos.bancomundial.org/>

Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, y Comisión Económica para América Latina y el Caribe [BM-BID-CEPAL] (2015). MECOVI: Mejora de las encuestas y medición de las condiciones de vida en América Latina y el Caribe: MECOVI: Programa regional para el mejoramiento de las encuestas y la medición de las condiciones de vida en América Latina y el Caribe.

Health Burden of Disease: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

Instituto Nacional de Estadísticas (Chile): <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>

Ministerio de Desarrollo Social, Observatorio de la Realidad Social, encuestas CASEN: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen\\_2017.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php)

Ministerio de Hacienda de Chile, Dirección de Presupuesto (DIPRES), Programas sociales: <http://www.programassociales.cl/>

Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Salud: <https://epi.minsal.cl/bases-de-datos/>

Organización de Naciones Unidas (ONU), División de Población: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

Organización Internacional del Trabajo (OIT): <https://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/lang--en/index.htm>

Organización Mundial de la Salud: [https://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/hale/en/](https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/)

Organización Panamericana de la Salud (OPS): <http://www.paho.org/data/index.php/es/>  
Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS): [https://www.senadis.gob.cl/pag/356/1625/base\\_de\\_datos](https://www.senadis.gob.cl/pag/356/1625/base_de_datos)

## ANEXO. Información de referencia para programas de atención para el adulto mayor seleccionados

Programa	Página web
Establecimientos de Larga Estadía	<a href="http://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam">http://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam</a>
Fondo Subsidio ELEAM	<a href="http://www.senama.gob.cl/fondo-eleam">http://www.senama.gob.cl/fondo-eleam</a>
Cuidados domiciliarios	<a href="http://www.senama.gob.cl/cuidados-domiciliarios">http://www.senama.gob.cl/cuidados-domiciliarios</a>
Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	<a href="https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7792-programa-de-atencion-domiciliaria-para-personas-con-dependencia-severa">https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7792-programa-de-atencion-domiciliaria-para-personas-con-dependencia-severa</a>
Centros diurnos	<a href="http://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia">http://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia</a>
Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	<a href="https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7790-centros-de-apoyo-comunitario-para-personas-con-demencia">https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7790-centros-de-apoyo-comunitario-para-personas-con-demencia</a>
Red Local de Apoyos y Cuidados - SNAC	<a href="https://www.chilecuida.gob.cl/">https://www.chilecuida.gob.cl/</a>
Viviendas tuteladas	<a href="https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/9653-fondo-de-servicios-de-atencion-al-adulto-mayor-condominios-de-viviendas-tuteladas">https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/9653-fondo-de-servicios-de-atencion-al-adulto-mayor-condominios-de-viviendas-tuteladas</a>
Envejecimiento activo	<a href="http://www.senama.gob.cl/envejecimiento-activo">http://www.senama.gob.cl/envejecimiento-activo</a>
Más Adultos Mayores Autovalentes	<a href="http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Nanet%20Gonzalez-%20M%C3%A1s%20Adultos%20Mayores%20Autovalentes.pptx">http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Nanet%20Gonzalez-%20M%C3%A1s%20Adultos%20Mayores%20Autovalentes.pptx</a>
Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	<a href="https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/15622-programa-de-alimentacion-complementaria-del-adulto-mayor-pacam">https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/15622-programa-de-alimentacion-complementaria-del-adulto-mayor-pacam</a>
Programa Vínculos	<a href="http://www.senama.gob.cl/vinculos">http://www.senama.gob.cl/vinculos</a>
Plan Nacional de Demencia	<a href="https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf">https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf</a>