

Febrero 2023

SISTEMAS DE CUIDADOS EN EL MUNDO

Autoras: Emilia García y Daniela Guzmán
Ayudante de investigación: Antonia Bozzano

Directora de estudios: Magdalena Vergara
Subdirectora de estudios: Daniela Guzmán



Problema Social:

La crisis de los cuidados es una problemática presente en el mundo, y Chile no está exento de ella. Las bajas cifras de natalidad, el aumento del envejecimiento, y la creciente incorporación de mujeres al mundo laboral se ha traducido en un aumento de personas que necesitan cuidados y, a su vez, una disminución de aquellas dispuestas a cuidar. Por esta razón, apremia la creación de un sistema integral que facilite los cuidados de largo plazo, que entregue certezas a las personas dependientes que requieren cuidados y a los cuidadores.

Resumen Ejecutivo:

- La presente radiografía hace un análisis comparado relativo a los Sistemas de Cuidados en el mundo, con el objetivo de presentar un referente para la implementación del Sistema Nacional de Cuidados en Chile, que beneficie a personas mayores, personas con discapacidad, y sus cuidadores.
- Incorpora recomendaciones de organismos internacionales respecto de cómo debería implementarse un Sistema Integral de Cuidados. En este sentido, existe consenso en que la persona debe ser el centro del Sistema -tanto quien se cuida, como quien cuida-, y que para su correcto y eficaz funcionamiento, se debe crear una coordinación y articulación interinstitucional dentro del Estado, con la participación del sector privado y la sociedad civil.
- Se exponen políticas en esta materia, de siete países: Uruguay, Costa Rica, Francia, España, Países Bajos, Japón y Australia. Se presentan sus métodos de financiamiento, la valoración de dependencia, y sus servicios de cuidados.
- De los países analizados, se observa como buena práctica que existan distintos tipos de financiamiento para asegurar la sostenibilidad del sistema frente a los vaivenes de la economía y el aumento de la demanda por cuidados.
- Otra característica identificada es que, en general, los sistemas comparados cuentan con una herra-

mienta, estatal o independiente, para medir y valorar la dependencia en sus aspectos físicos, y también cognitivos y psicológicos.

- Los beneficios y servicios otorgados varían en cada país. Pero se observa como algo fundamental el ofrecer programas de apoyo y acompañamiento a las personas cuidadoras, a través de apoyos económicos y/o psicosociales, y también con capacitaciones y certificaciones.

Metodología

Esta radiografía es una investigación de carácter cualitativa y descriptiva, sin hipótesis que comprobar. Específicamente, la literatura ocupada se recopiló utilizando buscadores académicos tales como JStor, Google Scholar y SciELO, buscando conceptos claves –en inglés y español–, como: sistemas de cuidados, cuidados de larga duración, programas de cuidados, entre otros. En base a lo anterior, los criterios de inclusión para la incorporación de los estudios fueron: investigaciones publicadas a partir del 2012 hasta la fecha, escritas en inglés o español. Adicionalmente, se buscó información en las páginas de las organizaciones internacionales y las páginas gubernamentales de los países estudiados.

Asimismo, para la elección de países a estudiar se tuvo en consideración los siguientes criterios: en primer lugar, que tuvieran altos índices de envejecimiento y, en segundo lugar, que mantengan un Sistema de Cuidados. A su vez, se agregaron a todos los países de América Latina que tuvieran un Sistema de Cuidados. Estos fueron Uruguay y Costa Rica.

Introducción

Todas las personas en algún momento de su vida necesitan ser cuidadas; nadie puede so-

brevivir sin serlo. Al mismo tiempo, todas las personas requieren cierto grado de autonomía para realizar actividades diarias sin inconvenientes. Esta autonomía varía a lo largo de la vida, y puede llegar a disminuir al punto de requerir apoyo de terceros para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), lo que se observa especialmente en personas mayores y personas con discapacidad quienes, bajo las condiciones descritas, pasarían a ser denominadas como “persona dependiente”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como dependiente a quien requiere apoyo de un tercero para la realización de las actividades básicas de la vida diaria —como bañarse y comer— por periodos de tiempo prolongado¹. A su vez, existen distintos tipos de dependencia, que requieren de diferentes tipos de cuidados. Específicamente, los cuidados de largo plazo (CLP) son servicios orientados a ayudar a las personas dependientes por periodos de más de 6 meses².

En tanto, en un mundo que está tendiendo al envejecimiento acelerado, la creación de sistemas organizados que faciliten el cuidado de personas dependientes es un desafío cada vez mayor y fundamental.

Para el caso de Chile esto suscita especial im-

¹ Organización Mundial de la Salud (2015).

² Ibid.

portancia por dos notables razones. Por un lado, existe una tasa de envejecimiento denominada “avanzada”³, la cual se refleja tanto en la disminución de la natalidad –pasando de 4,7 hijos por mujeres en 1960, a 1,54 en 2020⁴–, como en el aumento sostenido de la proyección de envejecimiento de la población –calculada en un 32,1% de la población total nacional para el año 2050⁵–.

Por otro lado, la evidencia indica que la cantidad de mujeres disponibles para ofrecer cuidados a personas con dependencia ha disminuido, principalmente, debido a su aumento en la participación laboral –pasando del 29,1% en 1986, al 53,3% en 2019⁶–. Esto configura una serie de problemas porque, en el 85% de los casos, los cuidados son ofrecidos por mujeres⁷ y, además, porque tampoco existe una oferta formal de programas de cuidados que compensen la disminución de mujeres disponibles para hacerlo.

Recomendaciones a nivel internacional

El cuidado, como problema social y transversal a nivel mundial, ha estado presente en los organismos internacionales. Diversas instituciones como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de Naciones Unidas y la Organización de Naciones Unidas Mujeres (ONU Mujeres) han propuesto distintos lineamientos para que los países tomen en consideración y, a su vez, implementen sistemas y políticas de cuidados que atiendan las necesidades de las personas dependientes y de los cuidadores.

Por un lado, durante el año 2020, la CEPAL y ONU Mujeres desarrollaron el documento “Cuidado en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y recuperación” (2020). Este estudio postula que para implementar políticas y programas de un sistema de cuidados es necesario “reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados no remunerado asumido por mujeres para permitir que la responsabilidad sobre este trabajo fundamental sea valorada y asumida entre el Estado, el sector privado, la comunidad, los hogares y entre hombres y mujeres”⁸.

En este sentido, se hacen recomendaciones para la implementación de políticas de cuidado en el mediano y largo plazo:

³ Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2022).

⁴ Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2021).

⁵ Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2022).

⁶ Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2021).

⁷ Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Chile (2021).

⁸ Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2020).

Diagrama 1. Recomendaciones CEPAL-ONU Mujeres para la implementación de políticas de cuidado para el mediano y largo plazo (2020).

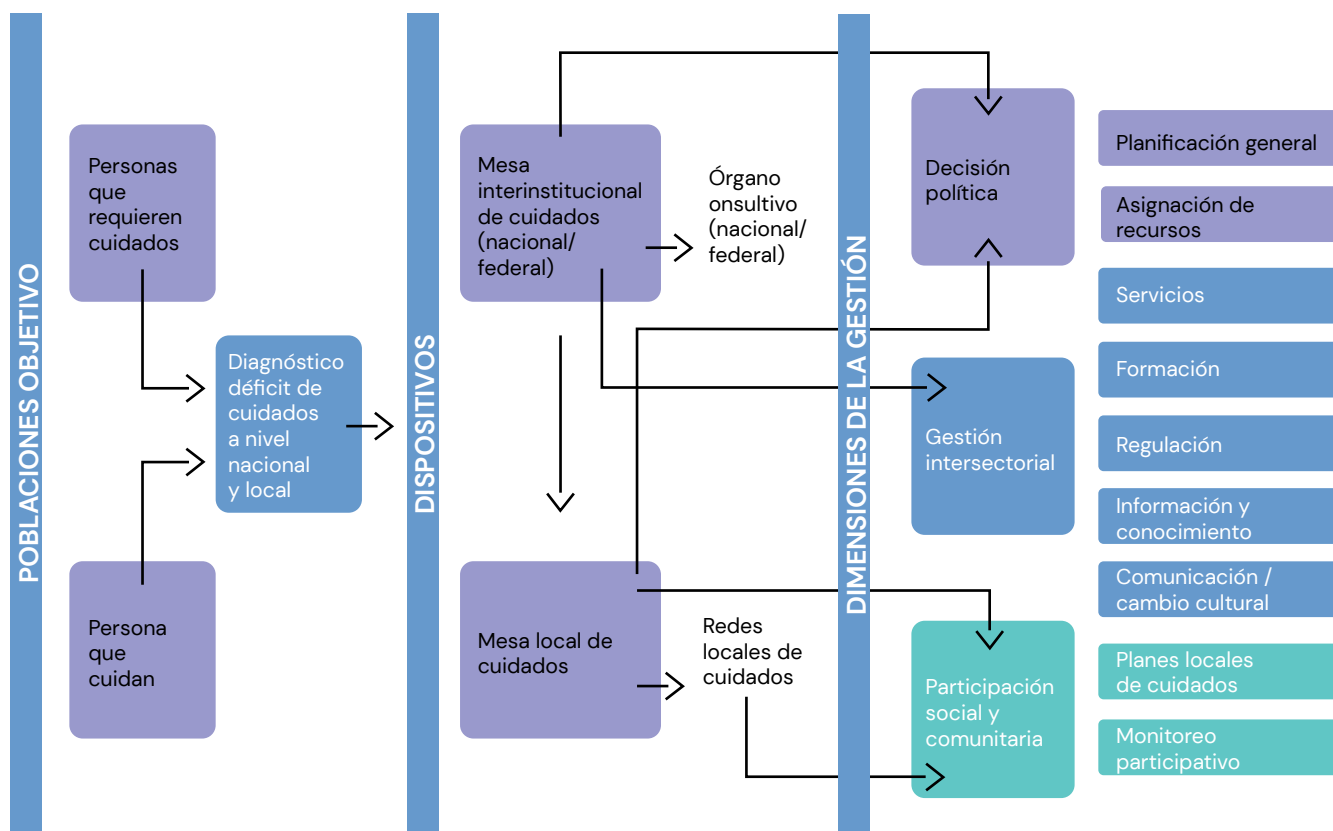


Fuente: elaboración propia en base al documento “Cuidado en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y recuperación” (2020).

En la misma línea, durante el 2021, la CEPAL y ONU Mujeres presentaron el estudio “Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: Elementos para su implementación”, el cual postula que “es preciso generar un cambio del modelo de desarrollo que coloque a los cuidados y la sostenibilidad de la vida en el centro”.

Establece que “es necesario progresar hacia una propuesta de carácter estructural e integral que garantice los derechos de las personas que requieren cuidados y de las personas que cuidan”. Así, propone elementos y una hoja de ruta para tener en consideración al momento de implementar un Sistema Integral de Cuidados.

Diagrama 2. “Dinámica de implementación de las políticas públicas de cuidado, dentro del Sistema Integral de Cuidados”.



Fuente: Extraído del estudio “Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: Elementos para su implementación” (2021).

El Diagrama 2 propone una manera de implementación de políticas públicas dentro de un Sistema Integral de Cuidados (SIC), definido para personas que requieren cuidados (personas dependientes) y sus cuidadores. De este se puede extraer que:

- Se establece que existen dos poblaciones objetivos para la focalización del sistema: las personas que requieren de cuidados, y quienes cuidan.
- Se considera que el diseño de las políticas del Sistema debe ser participativo.
- Para definir y articular el SIC, se propone la creación de Mesas Interinstitucionales de Cuidados –con representantes y expertos del sector público, del sector privado y de la sociedad civil–; y la creación de Mesas Locales de Cuidados –con representantes de quienes implementan las políticas y programas–.
- Se estima que la gestión e implementación de las políticas del SIC debe ser parte de un compromiso del Estado, del sector privado y de la sociedad civil (cada uno desde su expertise): desde la planificación del SIC, la asignación de recursos asociados, su regulación, su comunicación, su implementación y, finalmente, su monitoreo y evaluación.

Así, en base a la información recopilada y revisada, se observa que estas instituciones internacionales proponen que, además de que la creación de un Sistema Integral de Cuidados debe implementar políticas y programas de forma progresiva y atendiendo al contexto particular de cada país; el Estado tiene que ser el garante del derecho, y el sector privado, la sociedad civil, y las comunidades deben involucrarse de forma activa, estableciéndose una

coordinación y articulación interinstitucional en todos los niveles, desarrollando un modelo de gobernanza común que resuelva el problema social “cuidados” que atienda las necesidades de las personas dependientes y sus cuidadores.

Esto supone la sostenibilidad de los programas y políticas de cuidados, considerando que un Sistema Integral de Cuidados genera el espacio propicio donde todos los esfuerzos económicos, sociales y políticos son considerados y desarrollados para el mismo fin.

Análisis Comparado

Para contribuir al diseño y discusión de un Sistema de Cuidados en Chile, se analizaron los mecanismos utilizados por una serie de países, en cuidados de largo plazo. Para esto se consideraron sus fuentes de financiamiento, criterios de elegibilidad, valoración de la dependencia, y los principales beneficios o servicios que entregan.

Los países estudiados son: Uruguay, Costa Rica, Francia, España, Países Bajos, Japón y Australia. La elección de estos se dio en base a sus tasas de envejecimiento (constantes y aceleradas en el tiempo)⁹, lo que es fiel reflejo de la necesidad de diseñar e implementar políticas de cuidados que atiendan el problema relacionado. Específicamente Uruguay y Costa Rica fueron seleccionados al ser los únicos países de América Latina que poseen un Sistema de Cuidados.

Cabe destacar que los Sistemas de los países en este estudio consideran como población objetivo a personas dependientes adultas mayores, personas dependientes con discapacidad, y a sus cuidadores. En algunas ocasiones también a niños, niñas y adolescentes.

⁹ Ver Gráfico 1 en Anexos para el detalle de envejecimiento de cada país.

1. Valoración de la dependencia

Cada país tiene su propia herramienta para valorar la dependencia (física y/o mental). Generalmente esta labor la realiza un organismo independiente.

Uruguay

La valoración de la dependencia en Uruguay se hace a través de una herramienta llamada Baremo de Dependencia, elaborada por el Ministerio de Desarrollo Social uruguayo, que traduce la situación de dependencia de las personas en un valor numérico. Esta herramienta determina los criterios para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad de realizar las tareas básicas de la vida diaria. Luego de aplicado el baremo se determina el grado de dependencia, el cual puede ser: (i) dependencia leve (la persona necesita ayuda al menos una vez al día); (ii) dependencia moderada (la persona necesita ayuda dos o tres veces al día); (iii) dependencia severa (la persona necesita ayuda varias veces al día)¹⁰.

Costa Rica

La clasificación de Costa Rica es muy similar a la de Uruguay. Se evalúa a los solicitantes con un baremo que clasifica a los dependientes en tres grados (leve, moderado o grave). Luego se determina el programa individual de atención, que define los beneficios, según corresponda¹¹.

Francia

Los beneficiarios del sistema de cuidado son sólo personas mayores de 60 años que han sufrido una pérdida mínima de autonomía. Para valorar la dependencia de los beneficiarios

se utiliza la Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources (AGGIR), herramienta que permite medir el grado de pérdida de autonomía de una persona. Los grados de dependencia se clasifican en 6 grupos, y cada grupo corresponde a un nivel de necesidad de ayuda para realizar los actos esenciales de la vida diaria. Solo los grupos 1-4 permiten la atribución de servicios. Luego, según la clasificación de la persona en la tabla AGGIR, se le asigna el monto que tiene derecho a utilizar. Así, cada grupo también tiene una cantidad máxima¹² (ver tabla 1 en anexo).

España

El proceso de valoración y categorización de la dependencia está a cargo de cada Comunidad Autónoma (correspondiente al lugar de residencia del beneficiario). Para esta evaluación se consideran tanto los problemas físicos, como mentales, intelectuales y sensoriales del individuo. Luego de considerar estos aspectos, se asigna un puntaje dentro de un ranking, clasificando a la persona en alguno de los tres grados de dependencia. Estos son: (i) dependencia moderada (grado 1): la persona necesita ayuda para llevar a cabo las ABVD¹³ mínimo una vez al día; (ii) dependencia severa (grado 2): requiere ayuda dos o tres veces al día pero sin ayuda permanente de un cuidador; (iii) gran dependencia (grado 3): apoyo varias veces al día o de soporte generalizado¹⁴ (ver tabla 2 en anexo).

Países Bajos

La medición y valoración de la dependencia la realiza el Centro de Evaluación de Necesidades de Atención (CIZ, por su sigla en holandés). El CIZ se encarga de determinar si se requiere

¹⁰ Aguirre & Ferrari (2014), Scuro et al (2022).

¹¹ Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2021).

¹² Martin y Molero (2017).

¹³ Actividades Básicas de la Vida Diaria.

¹⁴ Montero, M. (2014).

asistencia y, en tal caso, el tipo y cantidad de asistencia, y lo hace en base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud. Los beneficiarios se dividen en tres grandes grupos según la intensidad del apoyo requerido: (i) cuidado intensivo las 24 horas del día, (ii) cuidado una parte del día, y (iii) apoyo específico en actividades diarias y para la integración social¹⁵.

Japón

Para medir la dependencia se utiliza un sistema de certificación estandarizado a nivel nacional que evalúa las necesidades basándose en datos recopilados por cuidadores profesionales e instituciones que brindan cuidados de larga duración. Este sistema ubica a las personas en siete niveles de dependencia (dos de apoyo y cinco de cuidados de larga duración), y, posteriormente, los resultados son valorados por la Junta de Certificación de Necesidades de Atención.

Australia

En Australia son más exigentes con la definición de los beneficiarios. Específicamente, el sistema se enfoca en personas mayores de 65 años que requieran apoyo en las tareas diarias. Se dividen en dos grandes grupos: (i) Bajo nivel de dependencia: aquellos con poca necesidad de apoyo en las actividades básicas. También se consideran a quienes padecen altos niveles de apoyo a nivel de comportamiento y cognitivo, pero poco en las actividades del día a día. (ii) Alto nivel de dependencia: aquellas personas con una necesidad alta de apoyo en al menos un área de actividades de la vida diaria, padecen de salud compleja, o tienen cierto nivel de necesidad en la mayoría de las áreas de

actividades analizadas. Generalmente se les otorga apoyo las 24 horas del día, incluyendo cuidados de enfermería.

2. Beneficios o servicios

Sobre los beneficios entregados por los sistemas de cuidados, si bien estos varían entre los países, corresponden principalmente a cuidados en el hogar, centros de día y, en ocasiones, residencias de largo plazo. En su mayoría, también es posible encontrar asignaciones monetarias para pagar los cuidados.

Uruguay

Al ser un sistema descentralizado, cada localidad o territorio decide, diseña y ejecuta las soluciones de cuidados de acuerdo a su propia realidad. De esta forma, se pueden encontrar programas y/o servicios distintos en cada localidad. Principalmente existen servicios residenciales y no residenciales. Respecto a los primeros, hay residencias donde se aceptan a niños y niñas, y se entrega ayuda a los padres que lo requieran, y también hay hogares para personas mayores. Para ambos casos la oferta es principalmente privada. En cuanto a los no residenciales, se brindan subsidios para la contratación de asistentes personales que apoyan en actividades de la vida diaria y que facilitan la teleasistencia¹⁶. También se ofrecen servicios para las personas que cuidan, principalmente en formación y guía¹⁷.

Costa Rica

Dentro de la oferta del sistema de cuidados costarricense hay cuatro tipos de servicios: asistencia domiciliaria, atención residencial, centros de día y teleasistencia. También exis-

¹⁵ Van Ginneken, E., & Kroneman, M. (2015), Dyer et al. (2019)

¹⁶ Aguirre & Ferrari (2014).

¹⁷ Scuro et al (2022).

ten las transferencias monetarias, pero sólo para quienes cumplen uno de estos requisitos: i) que la persona dependiente califique para recibir servicio de asistencia en domicilio, ii) que la persona cuidadora no tenga opciones de incorporarse al mercado laboral, y iii) que se encuentre en situación de pobreza extrema. Adicionalmente, el sistema ofrece programas de formación a cuidadores para que accedan a empleos formales. Aquellas personas que quieran certificarse como cuidadores deben realizar un curso de capacitación por un total de 810 horas. Para cuidadores informales se ofrecen cursos sobre autocuidado y servicios de respiro familiar, como atención domiciliaria y breves estancias residenciales¹⁸.

Francia

La llamada Prestación para la Autonomía Personal (APA, por sus siglas en francés) contiene una amplia gama de servicios de cuidado. Cuando los beneficiarios son declarados dependientes según el AGGIR, se elabora un Plan Individual de Atención que contiene la intervención que se llevará a cabo. Este plan puede incluir: (i) ayudas domésticas (limpieza, planchado, comida a domicilio, etc); (ii) ayuda a la persona (baño, ayuda para levantarse, acostarse, vestirse, transporte, etc); (iii) ayuda técnica (aparatos, adaptaciones de la vivienda, servicio de telealarma/teleasistencia, etc). También existen medidas de ayuda a los cuidadores familiares, donde se les asegura un “derecho al descanso” que se traduce en descansos temporales costeados por el APA¹⁹.

España

Las prestaciones en España pueden ser en servicios o económicas, siendo prioritarios los primeros. Esto quiere decir que si no se puede acceder a los servicios (por ejemplo, por fal-

ta de disponibilidad), se tiene derecho a una prestación económica para financiar el servicio. Con esta subvención se pueden financiar tres tipos de servicios: de salud (como cuidados de enfermería), de asistencia personal (como asistencia en tareas diarias o instrumentales), o de cuidado informal (que debe ser realizado por familiar directo). El monto otorgado se define en base al nivel de dependencia y los ingresos del hogar correspondiente. En cuanto a los servicios, existen los siguientes tipos: ayuda en el hogar, centros de residencia permanente, centros de día y/o noche, sistema de alerta personal y servicios de prevención de dependencia, y promoción de autonomía personal²⁰.

Asimismo, España cuenta con un robusto programa para cuidadores que incluye formación y capacitación para el cuidado, apoyo psicoemocional, prestaciones económicas, entre otras.

Países Bajos

Dentro de los servicios de Países Bajos, existe una amplia gama de oferta. Las personas que requieren cuidados las 24 horas del día pueden optar entre recibirlo en residencias con atención de enfermería, o en sus hogares. En este último caso existe la opción de la entrega de un paquete completo de cuidados o de un presupuesto en efectivo, que les permite a los dependientes organizar el cuidado. Asimismo, para las personas que no necesitan cuidados las 24 horas del día se entregan cuidados de enfermería en el hogar. Este beneficio busca tanto la prevención de niveles de dependencia mayores, como otorgar cuidado y bienestar en el hogar. Otro beneficio que es entregado por las municipalidades, con el objetivo de mantener a los ciudadanos insertos en la sociedad, es un servicio de apoyo en las actividades para quie-

¹⁸ Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2021).

¹⁹ Modroño & López (2016), Martín y Molero (2017)

²⁰ Albesa, E. (2021).

nes presentan algún tipo de discapacidad física o mental, ayudándoles con la organización de sus vidas diarias, la entrega de ayudas médicas (por ejemplo, sillas de ruedas), entre otros²¹.

En cuanto a los servicios a cuidadores, tienen una amplia oferta para su reconocimiento y apoyo con el objetivo de facilitar la conciliación laboral y el cuidado que incluye cuidados de relevo, ayudas económicas y materiales, cursos y capacitaciones, entre otros.

Japón

El sistema japonés sólo entrega servicios (no ayudas monetarias). Estos son²²:

- Servicios de cuidado de largo plazo para personas mayores, que cuentan con cinco niveles de necesidad de cuidado, las que se estructuran en servicios en instituciones y en servicios entregados a domicilio. Entre los servicios en instituciones, existen: cuidado intensivo para personas mayores en residencias y hospitales con facilidades para el cuidado de pacientes que requieren cuidados a largo plazo. Entre los servicios entregados a domicilio existen los cuidados de larga duración en el hogar, visita de enfermeras, cuidados post hospitalarios de larga duración, servicios comunitarios de cuidado de larga duración en hogares colectivos para personas mayores y visita nocturna de asistentes.
- Servicios de apoyo para personas mayores, que cuentan con dos niveles de necesidad, y consisten en servicios de cuidados preventivos a largo plazo, atención preventiva para pacientes ambulatorios, visitas a domicilio para prevenir los cuidados a largo plazo, servicios de atención en hogares a grupos pequeños de personas mayores, cuidados preventivos para

la demencia, entre otros.

Para la población cuidadora se ofrecen capacitaciones de formación teórico práctica, de dos a cuatro años de duración.

Australia

En el sistema australiano existen una serie de programas de cuidado: (i) Programa de Apoyo en el Hogar (CHSP, por sus siglas en inglés), que brinda apoyo a las personas mayores con un menor nivel de necesidad y que pueden seguir viviendo en sus hogares, con un servicio de relevo para los cuidadores. (ii) Programa de atención domiciliaria (HCP, por sus siglas en inglés), que ofrece paquetes coordinados de atención personal y clínica de atención domiciliaria adaptados a la necesidad de cada persona. Adicionalmente, existen dos programas sujetos a copago, que son cuidados residenciales provistos por instituciones para personas con altos niveles de dependencia y residencias de corto plazo para cuidados de corto tiempo²³. Para los cuidadores existe el programa My Aged Care, orientado a brindar soporte técnico y económico a quienes realizan labores de cuidado de personas. Este programa ofrece dos tipos de ayuda: soporte económico y asistencia telefónica.

3. Financiamiento

Asegurar la sostenibilidad financiera del sistema es fundamental para sobrellevar el aumento en la demanda por estos servicios. Para esto, cada país opta por su propia fórmula. En general, las principales fuentes de financiamiento son impuestos o a través de la compra de seguros para el cuidado a largo plazo.

²¹ Kroneman et al. (2016).

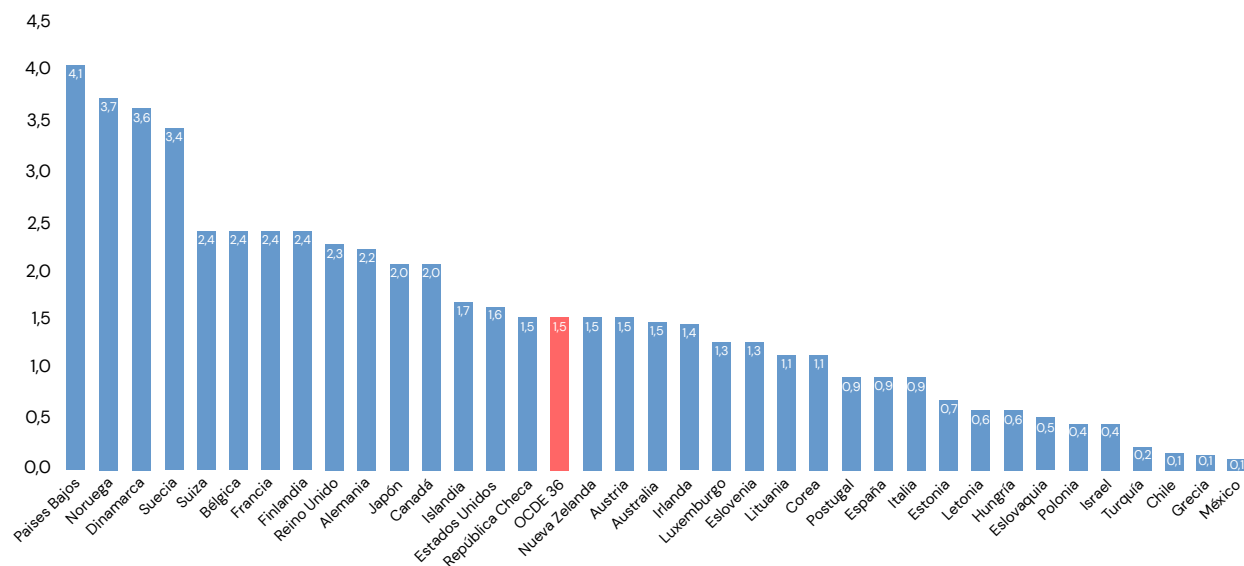
²² Ramos, J. et al. (2020).

²³ Dyer et al. (2019).

En la Figura 1 se puede observar que el monto promedio destinado a cuidados de largo plazo varía entre los países pertenecientes a la OCDE, girando en torno a 1,5% del Producto Interno

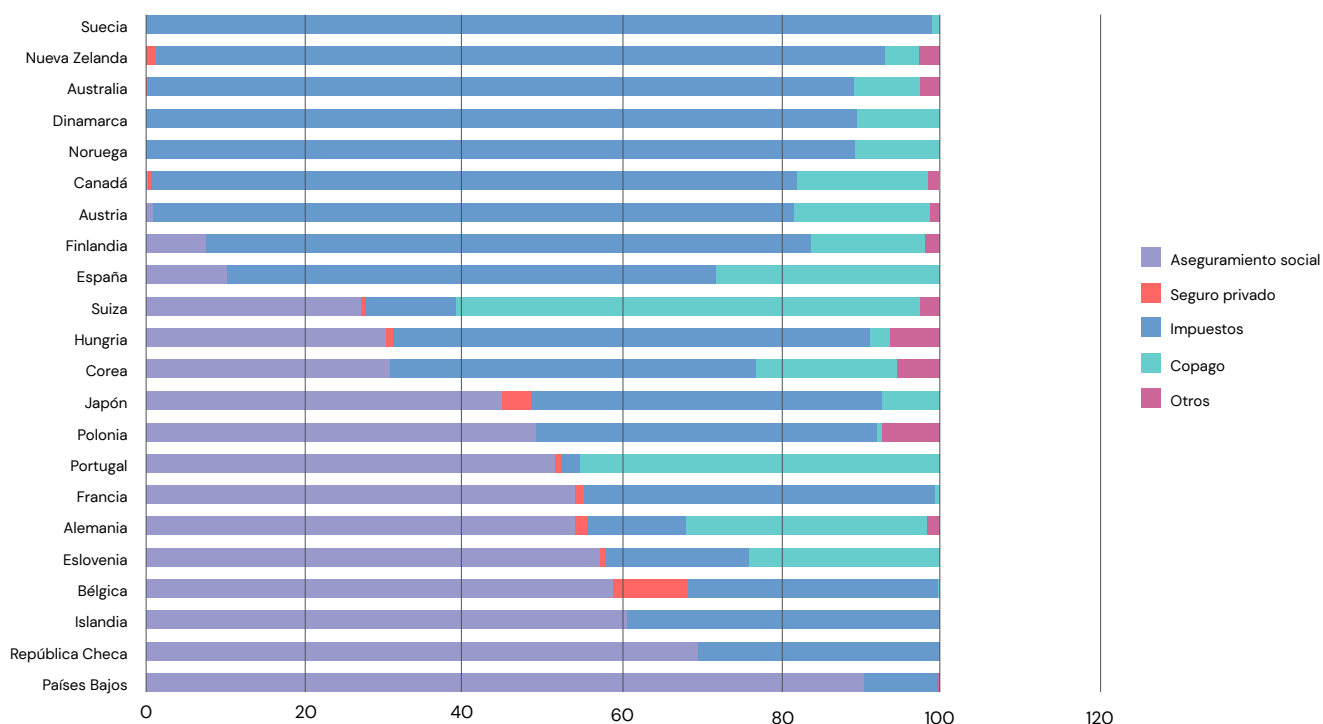
Bruto (PIB), siendo el más alto el de Países Bajos
En tanto, se muestra que Chile destina sólo un 0,1% del PIB a esto.

Figura 1. Gastos en cuidados, como % del PIB (OCDE, 2019).



Fuente: OCDE (2021). Health at Glance 2021: OECD Indicators.

Figura 2. Principales mecanismos de financiamiento de los Sistemas de Cuidado.



Fuente: Costa-Font et al. (2015).

Uruguay

El modelo de financiamiento uruguayo es mixto; este se financia con impuestos generales y copagos de las familias. El aporte estatal se hace con cargo al fondo para el aseguramiento social llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA) que incluye los servicios de cuidados. Por su parte, los copagos de los beneficiarios se establecen en función de la capacidad contributiva y económica de cada familia²⁴.

Costa Rica

El modelo de Costa Rica es muy similar al uruguayo. El aporte estatal al sistema de cuidados es en base al fondo para el aseguramiento social llamado Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), que se financia con aportes de rentas generales, en particular de los ingresos de la recaudación de impuestos a las ventas y el aporte que hacen empresas empleadoras públicas y privadas. El copago que realizan los beneficiarios también está sujeto a su capacidad de pago²⁵.

Francia

El sistema se financia principalmente con aporte estatal. Estos aportes vienen en mayor medida de los Departamentos territoriales (Gobierno local) y en menor medida de la Caja Nacional para la Autonomía (Gobierno central) que se financia con contribuciones sociales. Un porcentaje mínimo del financiamiento del sistema es a través de seguros privados y de copagos de los hogares²⁶.

España

El sistema de financiamiento es mixto. Existe un financiamiento mínimo garantizado por el Estado que se fija anualmente y adicionalmente

las Comunidades Autónomas van estableciendo sus presupuestos para aportar al sistema. Con respecto al financiamiento privado, los usuarios contribuyen con un copago acorde al servicio requerido y a la capacidad económica²⁷.

Países Bajos

Como se expuso, los Países Bajos son quienes más invierten en cuidados dentro de los países de la OCDE (4,1% del PIB). Cuentan con dos principales fuentes de ingresos: recaudación a través de un plan de cotización, y los aportes estatales. Con respecto a la cotización, hasta el 2014 toda persona mayor de 15 años con algún tipo de ingreso imponible contribuía al sistema (correspondiente al 12,15% de sus ingresos, con un límite anual de 3.838 euros). El año 2015 esto se modificó, descentralizándose y permitiendo que aseguradoras y municipalidades pudieran participar, generando una disminución en la tasa de contribución a 9,65% del ingreso imponible, junto con el límite anual de 3.241 euros. Por lo tanto, hoy también contribuye al financiamiento los seguros privados y el copago, pero en menor medida²⁸.

Japón

Al igual que la mayoría de los países, Japón tiene un sistema mixto, con fuerte aporte estatal. El 50% del sistema se financia con recursos tributarios: el gobierno central aporta un 25%, los municipios un 12,5% y los gobiernos provinciales, otro 12,5%. Dentro del otro 50%, el 17% es aportado por los asegurados de 65 años o más, y el 33% restante, es aportado por los asegurados de 40 a 64 años de edad. Todas las personas mayores de 40 años pagan cotizaciones obligatorias que aportan al sistema. Al momento de implementación, es decir, cuando

²⁴ Scuro et al (2022).

²⁵ Ibid.

²⁶ European Commission (2019). France: Health Care & Long-Term Care Systems, Modroño & López (2016)

²⁷ European Commission (2019). Spain: Health Care & Long-Term Care Systems, Montero, M. (2014)

²⁸ European Commission (2019). Netherlands: Health Care & Long-Term Care Systems, Kroneman et al. (2016).

se entregan las prestaciones, el entre el 70% y 80% de éstas son financiadas por el seguro, y el 20-30% es pagado por los beneficiarios²⁹.

Australia

El financiamiento del sistema de cuidados de Australia involucra a los diferentes niveles del Estado y actores de la sociedad civil. Así, la política está financiada principalmente por el

Gobierno Federal y por cada Estado, que proviene mayoritariamente de impuestos generales. A su vez, dependiendo del nivel de ingresos y el nivel de dependencia, se complementa con copagos de los hogares. Este copago se define en base al Instrumento de Financiamiento del Cuidado de Personas Mayores (ACFI, por sus siglas en inglés) que evalúa la capacidad de pago.

Tabla 1. Caracterización de los Sistemas de Cuidados de los países estudiados.
Resumen características

| Característica | Uruguay | Costa Rica | Francia | Países Bajos | España | Japón | Australia |
|--|---------|----------------|---------|--------------|----------------|-------|-----------|
| FUENTES DE FINANCIAMIENTO | | | | | | | |
| Impuestos generales | X | X | X | X | X | X | X |
| Seguros privados | | | X | X | | X | |
| Copago | X | X | X | X | X | | X |
| HERRAMIENTA VALORACIÓN DE DEPENDENCIA | | | | | | | |
| Herramienta externa | | | X | X | X | | |
| Herramienta estatal | X | X | | | | X | X |
| Mide aspectos físicos | X | X | X | X | X | X | X |
| Mide aspectos cognitivos o psic. | X | X | | X | X | X | X |
| SERVICIOS Y/O BENEFICIOS ENTREGADOS | | | | | | | |
| Residencias de día | X | X | X | X | X | X | X |
| Residencias de larga duración | X | X | X | X | X | X | X |
| Cuidado en el hogar | | X | X | X | X | X | X |
| Transferencias monetarias | X | X ₁ | X | X | X ₁ | | X |
| Teleasistencia | X | X | X | X | X | X | X |
| Apoyo a cuidadoras | X | X ₂ | X | X | X | X | X |

Fuente: elaboración propia en base a la información obtenida

1= la transferencia monetaria es excepcional y con el cumplimiento de requisitos específicos

2= está en creación. No ha sido implementado

²⁹ Hayashi M. (2016).

4. El caso chileno

En Chile, se registra que al año 2021 el 13% de la población era adulto mayor y, actualmente, casi un cuarto de la población mayor es dependiente del cuidado de terceros para actividades de la vida diaria, requiriendo algún grado de asistencia³⁰. Sin embargo, se observa que hay un déficit en políticas de cuidado, lo que presenta implicancias en la participación laboral de las mujeres que son las encargadas de realizar las labores de cuidados en la mayoría de los casos, ampliando las brechas de inestabilidad e informalidad³¹. Por su parte, existe una disminución de cuidadoras como consecuencia del aumento de la participación laboral de la mujer, lo que ha expuesto la falta de corresponsabilidad en el cuidado de las personas dependientes³².

Esta dinámica demográfica exige el diseño de un Sistema Integral de Cuidados que no sólo vele por una mayor cobertura y efectividad, sino que reconozca, distribuya y reduzca el trabajo de cuidados no remunerado asumido por los familiares femeninos que, actualmente, son el 85% de las cuidadoras de individuos dependientes³³.

Si bien actualmente no existe una normativa integrada nacional que coordine y regule las acciones para el cuidado de las personas mayores y dependientes, hay programas estatales que buscan cubrir las necesidades de dependencia de las poblaciones mencionadas. Específicamente, existe el Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), programa implementado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y el Ministerio de Salud. El Subsistema ofrece servicios y programas para las personas en

situación de discapacidad, los adultos mayores de 60 años y cuidadoras. A su vez –y en coordinación con los municipios– se entregan cuidados domiciliarios, ayudas técnicas, residencias, hogares protegidos, centros diurnos, entre otros.

Las personas beneficiarias del SNAC son aquellas mayores de 60 o 65 años, que presenten dependencia moderada o severa y que no cuenten con un cuidador principal. El tipo de dependencia se mide a través del Índice de Barthel, el cual valora el nivel de dependencia del paciente con respecto a la concretización de actividades básicas de la vida diaria, a través del cual se asignan puntajes y ponderación de acuerdo al nivel de logro del sujeto examinado. Luego de la asignación de puntaje se clasifica al paciente en una de las cinco categorías (dependencia total, dependencia severa, dependencia moderada, dependencia leve o independencia). Cabe recalcar que este índice sólo mide los aspectos físicos de la persona, omitiendo los cognitivos y psicológicos. Adicional al tipo de dependencia, se selecciona a aquellas personas que se encuentren hasta el tramo del 60% más vulnerable del Registro Social de Hogares.

El financiamiento relativo a la implementación de políticas asociadas a cuidados proviene, en su mayoría, de impuestos generales y, en menor medida, de instituciones privadas, municipios y aportes personales –que pueden llegar a ser hasta el 85% de la pensión–. A pesar de que ha aumentado considerablemente el presupuesto estatal destinado a cuidados, este sigue siendo limitado en comparación con los otros países de la OCDE (0,1% del PIB, versus el promedio OCDE de 1,5% del PIB).

³⁰ Banco Mundial (2021)

³¹ Failache Mirza et al. (2022)

³² Instituto Nacional de Estadísticas (2021)

³³ Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Chile (2021).

Cabe mencionar que durante el 2022, con el objetivo de apoyar a los cuidadores informales, se puso en marcha el Registro Nacional de Cuidadores (RNC) –parte de la iniciativa Sistema Nacional de Cuidados, que busca identificar a las personas cuidadas y a sus cuidadores³⁴–, como módulo complementario del Registro Social de Hogares (RSH). Es una sección donde se actualiza la información autorreportada relacionada a los cuidados del hogar, la que luego es verificada por los registros administrativos que acreditan la situación de dependencia y/o discapacidad de la persona. Las personas registradas como dependientes o cuidadores principales podrán recibir atención preferente en centros de salud y órganos estatales vinculados a la tramitación de documentos y certificados. Asimismo, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ofrece apoyo a cuidadores, a través del módulo “Me Cuido, Te Cuido” que otorga distintos tipos de orientación, beneficios, entre otros.

³⁴ Gobierno de Chile (2022).

CONCLUSIONES

A raíz de la evidencia internacional, se pueden extraer una serie de prácticas útiles para el Sistema de Cuidados en Chile, que considere políticas focalizadas para personas mayores, personas con discapacidad, y a los cuidadores.

En primer lugar, para asegurar la sostenibilidad financiera, se debieran considerar distintos mecanismos de financiamiento, sin depender únicamente del aporte estatal. Así, si existen dificultades que puedan desestabilizar el sistema, los costos podrían compensarse con otras fuentes, como seguros o el copago.

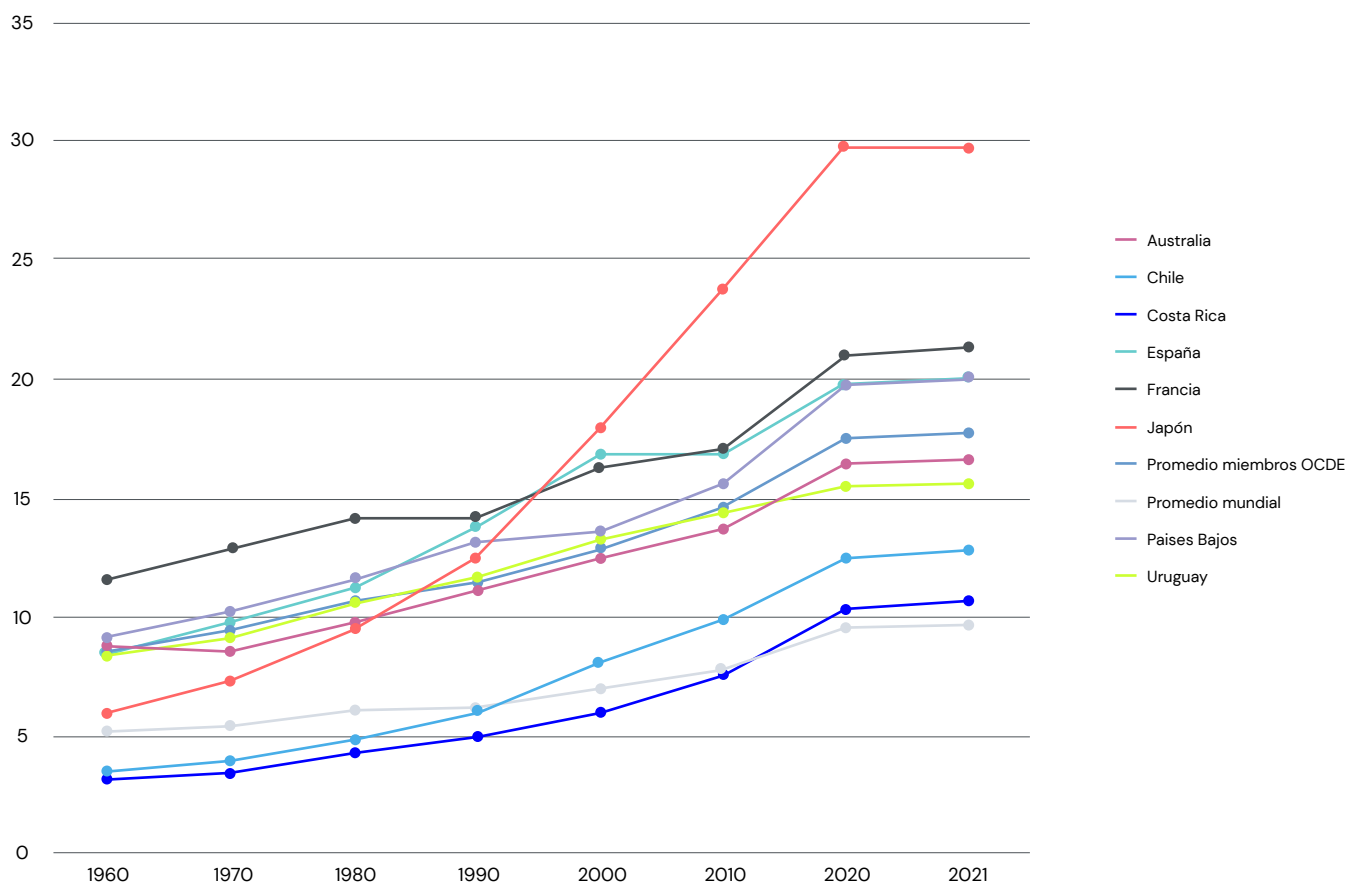
En segundo lugar, para la evaluación de la dependencia es fundamental considerar tanto características físicas –como movilidad o capacidad de realizar ciertas actividades–, como características cognitivas y psicológicas. Así, serán beneficiarias aquellas personas con movilidad reducida y también personas con problemas mentales u otros problemas de salud no físicos. De esta forma, se le otorga mayor legitimidad al sistema de cuidados en general y a la valoración de la dependencia en específico.

En tercer lugar, con respecto a los servicios entregados, éstos deben ser lo más diversos posibles, para atender cada problema en específico, evitando la homogeneización de la necesidad. Asimismo, es fundamental que exista una entidad o departamento encargado de asegurar la calidad de estos servicios, a través de la fiscalización, sanción y capacitación de cuidadores. Por último, para prevenir el agotamiento físico y mental, es esencial incorporar dentro de los servicios entregados uno específicamente para los cuidadores, al ser este grupo de personas parte de la población objetivo del Sistema.

Para Chile sería necesario aunar esfuerzos –con el objetivo de no doblegar recursos–, configurando un Sistema coordinado que incorpore las políticas de cuidados existentes hoy pero que, además, sume programas específicos en beneficio de las personas que cuidan. El objetivo es ofrecer prestaciones especializadas, según si es persona cuidada o quien cuida, entendiendo que ambas poblaciones requieren de atenciones diferentes. Además, el Sistema debiera estar supeditado a los estándares del Estado, pero también contar con el apoyo de la sociedad civil y el sector privado. Si bien el Sistema Nacional de Cuidados propuesto por el gobierno tiene lineamientos al respecto –como el involucramiento del Estado y la sociedad civil en el sistema, además de ser parte del Presupuesto 2023–, es de esperarse que también se disponga la configuración del Sistema, estableciendo el rol de los ministerios y servicios que lo formarán, y también el papel que cumplirá el sector privado.

ANEXOS

**Gráfico 1: Envejecimiento por país de interés.
Población de 65 años de edad y más (%del total)**



Fuente: Banco Mundial. Disponible en: datacatalog.worldbank.org

Tabla 1: Monto en euros otorgado según grupo de dependencia en Francia.

| GRUPO | DESCRIPCIÓN | MONTO EN € |
|-------|--|------------|
| 1 | Persona confinada a la cama o una silla, cuyas funciones mentales están seriamente alteradas y necesita una presencia continua de cuidadores. | 1.719,94 |
| 2 | Persona confinada a la cama o una silla, cuyas funciones mentales no están del todo alteradas y que necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria. | 1.381,04 |
| 3 | Persona con plena autonomía mental y con autonomía de locomoción parcial, pero que necesita todos los días y varias veces ayuda para el cuidado personal. | 997,85 |
| 4 | Persona que necesita ayuda para levantarse, vestirse y utilizar el baño, pero que puede moverse en su vivienda. | 665,61 |
| 5 | Persona que necesita una ayuda puntual para utilizar el baño, comer o realizar la limpieza. | 0 |
| 6 | Persona autónoma para realizar los actos esenciales de la vida diaria. | 0 |

Fuente: elaboración propia en base a Arellano Ortiz, P. (2018).

Tabla 2: clasificación de grado y nivel de dependencia en base a puntaje en España.

| GRADO | NIVEL | PUNTAJE |
|-----------------------------------|---------|---------|
| No elegible | — | 0-24 |
| Dependencia moderada (grado I) | Nivel 1 | 25-39 |
| | Nivel 2 | 40-49 |
| Dependencia severa (grado II) | Nivel 1 | 50-64 |
| | Nivel 2 | 65-74 |
| Dependencia mayor (grado III) | Nivel 1 | 75-89 |
| | Nivel 2 | 90-100 |

Fuente: elaboración propia en base a Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., García-Armesto, S., y Hernández-Quevedo, C. (2016).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, R., & Ferrari, F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: En busca de consensos para una protección social más igualitaria.
- Albesa Jové, E. (2021). Análisis comparado de las reformas en los sistemas europeos de cuidados de larga duración (2008–2017): Los casos de Alemania, Inglaterra, Suecia y España (Vol. 325). CIS–Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Arellano Ortiz, Pablo. (2018). La dependencia: un nuevo riesgo de la seguridad social chilena. *Derecho PUCP*, (81), 341–360.
- Banco Mundial. (2021). Population ages 65 and above (% of total population). Data World Bank.
- Barrenho, E., et al. (2022). International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure, *OECD Health Working Papers*, No. 142, OECD Publishing, Paris.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. *Hacia Sistemas Integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Compromiso de Santiago (LC/CRM.14/6)*.
- Chaverri–Carvajal, A., & Matus–López, M. (2021). Cuidados de larga duración en Costa Rica: enseñanzas para América Latina desde la evidencia internacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45.
- Costa–Font, J., Courbage, C., y Swartz, K. (2015). Financing long–term care: ex ante, ex post or both? *Health Economics*, 24, 45–57.
- Dirección de Presupuestos de Chile (DIPRES). (2020). Informe Final de Evaluación Programas Gubernamentales, Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-205725_informe_final.pdf
- Dyer SM, Valeri M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, Crotty M (2019). Review of International Systems for Long–Term Care of Older People. Flinders University, Adelaide, Australia.
- Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (ONU Mujeres/CEPAL). (2022). *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación (LC/TS.2022/26)*.
- European Commission (2019). France: Health Care & Long–Term Care Systems.
- European Commission (2019). Netherlands: Health Care & Long–Term Care Systems.
- European Commission (2019). Spain: Health Care & Long–Term Care Systems.
- European Commission (2022). *A European Care Strategy for caregivers and care receivers*.
- Failache Mirza, E., Katzkowicz Junio, N., Méndez Rivero, F., Parada Larre Borges, C., & Querejeta Rabosto, M. (2022). *Envejecimiento y cuidados: principales características para cinco países de América Latina*.

- Hayashi M. (2016). Long-Term Care For Older Persons in Japan SDD-SPPS PROJECT Working Papers Series: Long-Term Care for Older Persons in Asia and the Pacific, UNSECAP, Bangkok.
- Inter-American Commission of Women. (2022). Ley Modelo Interamericana de Cuidados. / [Comisión Interamericana de Mujeres y EuroSocial]. ISBN 978-0-8270-7465-1
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2015). Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2021). Género y empleo: impacto de la crisis económica por COVID-19.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2022). Envejecimiento en Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1-239.
- Martin, P., & Molero, M. L. (2017). El sistema de protección social de las personas dependientes en Francia. *Revista Derecho social y empresa*, (8), 65-89.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile (MIDESO) (2021). Encuesta de Bienestar.
- Modroño, P. R., & López, M. M. (2016). Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (66), 99-130.
- Montero, M. (2014). Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España. *Actas de la Dependencia*, 10, 48-74.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2020). Spending on long-term care.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2021). Health at Glance 2021: OECD Indicators.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.
- Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., García-Arместo, S., y Hernández-Quevedo, C. (2016). The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act. *Health Policy*, 120(10), 1177-1182.
- Ramos, J., Juretic, J., Cornejo, D. (2020). Estudio de evaluación del programa cuidados domiciliarios del Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Scuro, L., Alemany, C., y Coello Cremades, R. (coords.). El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/TS.2022/134), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), 2022.
- Van Ginneken, E., & Kroneman, M. (2015). Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle?. *Eurohealth*, 21(3), 47-50. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Las radiografías sociales se realizan dentro de la Dirección de Estudios de IdeaPais, las cuales buscan informar y describir el estado del arte de una problemática social que es de interés público.
Directora de Estudios: Magdalena Vergara / Subdirectora de Estudios: Daniela Guzmán