

# Nuevo desafío del MINSAL a 100 Años de su creación: el sistema de cuidados de largo plazo para personas mayores

MINSAL'S new challenge 100 years after its creation: the long-term care system for the elderly

Rafael Urriola Urbina<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

Este documento tiene por objeto destacar los nuevos desafíos del Ministerio de Salud (Minsal) en el siglo XXI, especialmente relacionados con el concepto de “salud en todas las políticas” que se expresan en la intersectorialidad de las intervenciones para lograr mayor eficiencia. Esto potencia la relación de las actividades de salud con la seguridad social. Esto se ejemplifica con el sistema de cuidados de largo plazo (CLP). Las funciones del Minsal se han desarrollado incrementalmente en la historia.

En la segunda parte se presenta lo que debiese ser un sistema de CLP para personas mayores (PM) en Chile: se ha hecho una revisión bibliográfica internacional importante para rescatar soluciones, especialmente financieras, para concurrir a la asistencia a las personas que necesitan de CLP. El desafío es de gran envergadura y algunos países han debido postergar o reducir objetivos.

Se concluye que la atención a las PM que necesitan CLP no son solo sanitarios y requieren una coordinación de diversas instancias del sistema público y municipal para lograr mayor eficiencia en el bienestar de la población. Asimismo, los recursos necesarios son muy superiores a lo que hoy se dispone para los CLP.

*Palabras clave: Envejecimiento, Ancianos Dependientes, Cuidados a Largo Plazo, Seguro de Cuidados a Largo Plazo.*

## ABSTRACT

---

This document aims to highlight the new challenges facing the Ministry of Health (Minsal) in the twenty-first century, especially those related to the concept of “health in all policies” that is expressed in the intersectorality of interventions trying to achieve greater efficiency. This strengthens the relationship between health activities and social security and is exemplified by the long-term care (LTC) system. The functions of the Minsal have developed incrementally in history.

The second part presents what should be a LTC system for older people (OP) in Chile: an important international literature review has been carried out to rescue solutions, especially financial, to assist people who need LTC. The challenge is far-reaching and some countries have had to postpone it or reduce targets.

It is concluded that the care for OPs who need LTC is not only sanitary and requires coordination of various instances of the public and municipal systems to achieve greater efficiency for the well-being of the population. In addition, the resources required are far greater than what is currently available for LTCs.

*Keywords: Aging, Dependent Elderly, Long Term Care, Long Term Care Insurance.*

---

<sup>1</sup> Economista. Magister en Economía Pública y Planificación U. de París. Profesor Magister de Salud Pública U. de Valparaíso. Consejero Cenabast Ley 21.198. Presidente Asociación para la Promoción del Bienestar (APROB).  
Correspondencia a: [rafa.urriola.u@gmail.com](mailto:rafa.urriola.u@gmail.com)

## I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

---

La conmemoración en 2024 de los 100 años del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, hoy Ministerio de Salud de Chile (Minsal), invita a una revisión del desarrollo de las funciones sanitarias esenciales (promoción, previsión, curación, rehabilitación y cuidados paliativos).

En realidad, hasta fines del siglo XIX “Mal podía desarrollarse una institucionalidad de salud o de protección social en salud si no existían los conocimientos, los profesionales ni la infraestructura para garantizar, aunque fuese una atención sanitaria básica.”(Urriola 2009). El historiador Vicuña Mackenna (1877) describe la situación de la salud en la colonia de la siguiente forma: “los conquistadores sabían matar mejor que vivir y como de muy pocos de ellos se cuenta que muriesen en cama, no se entrometían en drogas ni doctores”.

Así, históricamente, se desarrolla primero una institucionalidad preventiva. En efecto, el Consejo Superior de Higiene Pública fue creado por ley de 15 de septiembre de 1892, y disponía, entre otras de las siguientes atribuciones “1. Estudiar e indicar a la autoridad respectiva todas las medidas de higiene que exijan las condiciones de salubridad de las poblaciones o de los establecimientos públicos y particulares, como escuelas, cárceles, fábricas, talleres y otras relacionadas con la higiene;... 3.” Estudiar las medidas que deban adoptarse en orden a la calidad de los alimentos, bebidas, alcoholes y condimentos que se expenden en el comercio y las condiciones higiénicas del agua de las diversas poblaciones...” (Ferrer 1910).

Las agrupaciones de centros asistenciales muy vinculados a las iglesias y actividades caritativas tampoco tenían claras las responsabilidades y obligaciones en el ámbito sanitario. Solo en 1886 se crea mediante Reglamento Orgánico- la Junta de Beneficencia, con el objetivo de “dar unidad administrativa a los establecimientos sanitarios” (minsal.cl)<sup>2</sup>, porque el Estado recién asume -con la creación del Ministerio- esta tarea en el marco de la seguridad social estableciendo obligaciones para atender a los trabajadores.

De este modo, definir la protección social en salud como: “Las garantías que entrega la autoridad pública para el acceso a sus ciudadanos de manera universal a los bienes y servicios que tienen por finalidad la promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos en salud en condiciones oportunas, de calidad, con protección financiera y con satisfacción de los usuarios”

es un cambio esencial ya que involucra garantías y los conceptos de derecho y universalidad. Entonces, la autoridad sanitaria -como pasa hasta la actualidad- no siempre puede garantizar todas las atenciones. En consecuencia, se acepta que se trata de avanzar en un perímetro incremental de garantías que, por el momento, sus logros se definen en la Atención Primaria del ciclo de vida; en las atenciones de urgencia y en el Programa de Garantías Explícitas de Salud (GES).

El Minsal junto con las demás instituciones que conforman el sistema público de salud, desde 1924 viene ejerciendo sus funciones de rectoría cuyas dimensiones son la regulación del sistema; armonización de la provisión; modulación del financiamiento; vigilancia del aseguramiento; supervisar el desempeño de las funciones esenciales de salud pública.

Este documento sostiene como hipótesis, que estas funciones han cambiado en el tiempo y el propio Minsal asume su función de rectoría o autoridad sanitaria más recientemente en la historia nacional e, incluso, tendrá que asumir roles esenciales en una nueva función que requieren sociedades en envejecimiento acelerado. Esto es el sistema de cuidados de largo plazo (CLP) que ya fue calificado en su momento como el cuarto pilar de la Seguridad Social.

## II.- OBJETIVO: DESAFÍOS DEL SIGLO XXI PARA LA AUTORIDAD SANITARIA (EL CASO DE LOS CUIDADOS DE LARGO PLAZO)

---

El carácter multidisciplinar de los problemas de salud del Siglo XXI exige un cambio en las estrategias de gobernanza. Los nuevos desafíos incluyen shocks de más largo plazo, como la urbanización, la transición demográfica, la inseguridad alimentaria, el cambio climático y el aumento de las disparidades económicas (WHO 2011; Sandoval 2024). Estos fenómenos presentan interconexiones globales y, por tanto, la mayoría de las soluciones se diseñan con respuestas en red a diferentes niveles y obligará a los responsables políticos a salir de los compartimentos estancos. Esto corresponde a la definición de OMS/OPS (2014) de salud en todas las políticas lo cual se probará, justamente, en el concepto de sistema de cuidados que se presenta en este documento.

El sistema de salud de Chile ha sido sacudido, desde luego, por: la pandemia (que llevó el gasto

---

2 <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>

público a niveles muy altos); el incremento del aporte fiscal; el acelerado cambio demográfico; el cambio epidemiológico; las innovaciones tecnológicas sectoriales y las transformaciones culturales.

En concreto, la transformación demográfica -más rápida que las previsiones de organismos especializados- lleva en junio de 2024 a una tasa de crecimiento poblacional cero si se mantienen las tendencias estadísticas de este año (INE 2024). Las proyecciones de la población mayor de 65 años del INE para 2030 son de 3,4 millones de personas y de 5,4 millones para 2050. Esto hace que el Índice de envejecimiento (cociente entre la población de 60 años y más con respecto a la población menor de 15 años multiplicado por 100) pasará de 97.9 a 176.6 en 2030 y 2050, respectivamente.

Si bien, no se dispone de resultados recientes de la carga de enfermedad los estudios que lleva la Universidad de Washington entre 1990 y 2021 dan cuenta de las transformaciones más probables en las prevalencias de las personas mayores, en particular, el crecimiento de las enfermedades mentales que requieren asistencia más asidua de cuidadores. La edad sigue siendo el mayor factor de riesgo de demencia: en los 36 países de la OCDE, la prevalencia promedio de demencia aumenta del 2.3% entre las personas de 65 a 69 años a casi el 42% entre las personas de 90 años o más (OCDE 2019).

Este documento examina el sistema de cuidados de largo plazo (CLP) en Chile enfocado en personas mayores (PM). Hay un componente sanitario y otro no sanitario (social) en este sistema. Se trata, entonces, de mostrar que las tareas de la autoridad sanitaria (el Minsal) no solo deben incorporar los determinantes sociales de la salud sino deben necesariamente buscar coordinaciones interministeriales para atender las necesidades de la población.

### III. ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA

Los datos de la Casen 2017 arrojaban que había cerca de 150.000 personas (91% en Fonasa) con dependencia severa que necesitan ayuda permanente de cuidadoras las cuales son, especialmente, mujeres (72%). Además, 47% de las cuidadoras son, asimismo, PM.

La actualización con la encuesta ENDIDE (2022) indica que la dependencia severa afecta a 420.279 personas en los mayores de 60 años.

Los CLP en 2017 ocuparían el 0,14% del PIB

(Urriola 2020) destacándose que existen 369.786 personas cuidadoras no remuneradas que, de asignarse un valor a esta actividad, aumentaría significativamente el peso de esta actividad en las cuentas nacionales.

Asimismo, el aporte público alcanza al 16% del gasto en CLP, mientras que la proporción del gasto se concentra en el trabajo de cuidadoras en los hogares (43.115 remuneradas) que ocupan el 57% del gasto total (ibid).

Los costos globales de la atención a las PM se componen de dos factores estrechamente vinculados, a saber, los costos de la atención sanitaria o costos de salud de las personas Mayores (CSPM) y los costos de los cuidados no sanitarios de largo plazo (CNSPM) también llamados de atención de larga duración (social). Hay pocos estudios que examinan los factores de riesgo que influyen en ambos costos (Aklyama et al 2018)

La definición de dependencia es clave para comprender la intersección entre cuidados sanitarios de los no sanitarios. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, agrega que una de las categorizaciones más comunes de dependencia es el grado de dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD son un conjunto de actividades de cuidado personal - ducharse o bañarse, vestirse y desnudarse, comer, levantarse de la cama y acostarse- mientras que las AIVD se relacionan con tareas domésticas para mujeres y hombres -comprar, cocinar, fregar los platos, lavar la ropa, limpiar la casa o administrar su propio dinero, tomar sus médicos y cuidar al jardín-. El grado de dificultad que la persona experimenta para realizar ABVD y AIVD denota su nivel de dependencia. Para examinar con mayor detalle asuntos conceptuales relacionados con la dependencia de las PM y las diferencias entre la evaluación de la Casen y la Endide se puede consultar en Mideso (2024).

#### A) Conceptos básicos indispensables

El carácter reciente de los CLP en las definiciones de políticas se expresa en que las definiciones oficiales de cuidados de largo plazo en Chile podrían remitirse a la ley 20.422 de 2010 y a la definición del SENAMA de junio de 2014 que se incluye a continuación:

“Un conjunto de servicios, procesos, acciones, actitudes y transferencias (monetarias, no monetarias o en especies) que realizan el Estado, la familia, la comunidad, el sector privado y las propias personas mayores. Los cuidados socio-sanitarios

tienen como fin promover, mantener y mejorar el bienestar físico, cognitivo, afectivo, material y social, mediante la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la inclusión en redes sociales e institucionales y la recreación, tomando en consideración la perspectiva ética, cultural y de género. Estos cuidados se dirigen a personas de 60 o más años, atendiendo a sus distintos grados de funcionalidad, autonomía y condición social. Pueden ser preventivos, curativos o paliativos de corto, mediano o largo plazo.”<sup>3</sup> (SENAMA, junio 2014). No obstante, el problema más urgente es establecer mecanismos para atender a las personas con dependencia severa.

Los tipos de cuidado de largo plazo son la Atención domiciliaria; los Programas diurnos; las Residencias para adultos mayores; las Residencias de vida asistida y apoyo; las Comunidades de retiro de atención continua y las Casas de reposo. Como puede observarse los aspectos sanitarios y no sanitarios en los CLP para PM se entrecruzan a cada momento.

A nivel mundial existe una incertidumbre significativa con respecto a la evolución futura del gasto público global en el largo plazo en el rubro de los CLP. En la proyección no se tiene en cuenta las posibles tendencias sociales futuras. Con una población que envejece, el número de personas mayores con discapacidad que dependen únicamente del cuidado informal casi se duplicaría en el EU27 (27 países de la Unión Europea), y aumentarían en más del 120% en siete Estados miembros. Sin cambios de política en la provisión de largo plazo de la atención médica y no médica, puede producirse una brecha creciente entre el número de PM con discapacidades y dependencia que necesitan atención y el suministro real de servicios de atención.

Además, en una población que envejece, la brecha podría crecer aún más a medida que los cambios en la estructura familiar y la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral limita la oferta futura de atención informal dentro de los hogares y las familias. No obstante, también influyen otras variables en sentido contrario. Por ejemplo, si la ciencia logra mayor eficacia en tratamientos de enfermedades que conducen a la dependencia lo que implicaría que la dependencia también se postergaría en años (European Commission 2017).

Un estudio aplicado en la OCDE (De la Maisonneuve 2013) proyecta que en promedio en países de ingresos medios y medios bajos entre 2010 y 2060 los gastos combinados en salud y cuidados de largo plazo aumentarán entre 3,3 y 7,7 puntos porcentuales del PIB según se tome un escenario de contención de costos (optimista) o de presión de costos (pesimista), respectivamente.

Además, Casado y López Casasnovas (2001) indican que el número de personas mayores no va a ser el único factor que influya sobre los costos para proporcionar CLP en el futuro. Además de la combinación relativa de las distintas fuentes de cuidados (apoyo informal, atención domiciliaria, residencias, etc.), el estado de salud y la capacidad funcional de las PM del futuro deberían aspirar a integrar en su análisis la posible evolución de las variables no demográficas.

### **B) Esquemas de financiamiento de los CLP**

El costo de administrar la dependencia varía mucho de un país a otro, pero sigue siendo alto en relación con los ingresos promedios, por lo que la ayuda y la atención a largo plazo a menudo son inaccesibles sin un sistema de protección social. Todos los países estudiados por Muir (2017) tienen algún tipo de protección social para el cuidado de la dependencia, pero incluso cuando la cobertura es muy extensa, los usuarios tienen que pagar parte de los gastos directamente.

Cabe contextualizar (Grignon y Bernier 2013) que sólo el seguro social puede repartir riesgos, reducir la incertidumbre y garantizar el acceso universal a los cuidados. Por lo tanto, los gobiernos tendrán interés en adoptar un plan de seguro público universal en esta materia.

Actualmente en Chile son cuidadores informales (generalmente los cónyuges de personas mayores dependientes, a veces sus hijos) que llevan a cabo de forma gratuita la mayor parte (entre 66% y 84%) de la atención a personas mayores (Casen 2017 y 2022). Por las tendencias demográficas no es probable que esta situación perdure en los próximos años ya que, cada vez más personas también necesitarán atención a largo plazo provista por trabajadores profesionales.

Cualquier régimen de financiación universal, sea público o privado, debe cumplir varios objetivos, potencialmente contradictorios: eficiencia (evitar el desperdicio de recursos pero satisfacer las

3 Mesa de trabajo que coordina el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) con representación de representantes de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Chile), del Fosis, del Ministerio de Salud, del Servicio Nacional de la Discapacidad, de la Superintendencia de Salud y de la Universidad Alberto Hurtado. En <http://www.senama.gob.cl/noticias/especialistas-definen-el-concepto-de-cuidados-socio-sanitarios-para-mayores>

demandas de todos); equidad (brindar atención que satisfaga las necesidades y que no sobrepase las capacidades de pago); respeto a los beneficiarios y solidaridad social (entre otras cosas, no contener elementos que impidan a las familias de ocuparse de sus parientes próximos) y la equidad intergeneracional.

Hay tres opciones principales de financiamiento para los CLP: ahorro privado, seguro privado y seguros públicos. Estas opciones no son necesariamente incompatibles, pero sus efectos en términos de equidad y eficiencia pueden variar ampliamente dependiendo de la combinación de estos elementos.

Además del aporte público, el financiamiento de los CLP puede complementarse con algún tipo de ahorro privado. Grignon y Bernier plantean dos alternativas para favorecer este ahorro privado: la cuenta de ahorro para el cuidado a largo plazo y la hipoteca inversa.

La cuenta de ahorro para el CLP, finalmente es idéntica a una cotización –voluntaria u obligatoria– para pagar el seguro posterior de estos cuidados. Sin embargo, hay evidencias de que la gente no aprecia este gasto. Una razón central para esto es que el seguro privado a largo plazo es económicamente “inasequible”, es decir, prima la idea de que el seguro de CLP, a diferencia de los seguros de cuidados agudos, principalmente protege situaciones futuras que son difíciles de ponderar (Nyman 1995). De hecho, esta definición de (in)asequibilidad puede explicar por qué solo 10% de los estadounidenses tienen seguro de cuidado a largo plazo, mientras que el 30 por ciento podrían pagarlo.

La hipoteca inversa, que tiene numerosas variantes según un principio básico: las personas pueden vender su casa (con un pago mensual) pero pueden continuar viviendo allí hasta que requieran ser atendidos en una institución de largo plazo o hasta su muerte. En lugar de depositar sus ahorros en una cuenta de ahorros para atención a largo plazo, pagan su hipoteca durante su vida laboral que se convierte en una suerte de ahorro para cuidados de largo plazo a cambio de ceder la vivienda o parte de ella al final de la vida para que el seguro pague los CLP. El importe de los pagos periódicos (mensuales) varía según la edad y el sexo del vendedor, así como según el valor real de la casa. No es un sistema muy apreciado por los potenciales usuarios, aunque muchas veces las personas deben hacer esta transacción: vender la casa para seguir viviendo sea en un lugar más barato o en una residencia especializada.

Como sea, ningún país podrá suponer que los ahorros privados sean la única fuente de financiamiento para el CLP, ni siquiera los Estados Unidos o Singapur, que dependen en gran medida de los ahorros privados en materia de salud. Los sistemas públicos de los países no ayudan de la misma manera. El sistema de salud de Chile, probablemente, tendrá que participar en una modalidad de seguros hasta hace poco considerada solo para el sector privado. Nótese que el Fonasa está intentando implementar la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC) que es un sistema de seguro complementario para prestaciones de salud. Si esto tuviese éxito podría servir para modelar un seguro relacionado con el sistema de CLP.

Muchos países desean ayudar a las personas dependientes a beneficiarse de una atención domiciliar más prolongada, pero los hallazgos presentados en todos los países OCDE estudiados por Muir (2017) “muestran que las brechas en la protección social hacen que esta solución sea inaccesible para los trabajadores de bajos ingresos. Cerrar estas brechas debería ser una prioridad de los futuros esfuerzos de reforma”. El recuadro siguiente referido a la historia del llamado cuarto pilar de la Seguridad Social en España muestra que las demandas pueden superar ampliamente las capacidades de los gobiernos y que las expectativas de ofertas generosas pueden crear frustración si no se llevan a cabo.

#### **DIFICULTADES PARA LA SOSTENIBILIDAD DE UN SISTEMA DE CLP: EL CASO DE ESPAÑA**

**La dependencia fue un gran proyecto en España y que con el devenir temporal fue “perdiendo altura”. Guillem López (2015) examinando la crisis de 2009 en España puso en cuestión el modelo post guerra del estado de bienestar en ese país, aunque sus convicciones van más allá de lo nacional. Su hipótesis se sostiene en el siguiente diagnóstico: debido al aumento de la población mayor “si no hay cambios significativos en las políticas, el gasto público necesario para el bienestar de este colectivo pasará del 12,6% al 33,1% del PIB... y la presión fiscal del 38,2% actual al 57,2% hacia 2040”. Más aun, los ingresos de los mayores terminarán por depender en un 60% del gasto social. Con estas cifras parece evidente colegir que el sistema se ubicaría en una situación de insostenibilidad en pocos años.**

Cabe notar que estos gastos no solo se producen en salud. La proyección para España es que “habrá un incremento de casi seis puntos adicionales del PIB entre 2010 y 2060: 3,6 en pensiones, 1,3 en sanidad y 0,7 en dependencia”. Sin embargo, desde la perspectiva de la protección social cualquier retroceso en alguno de estos elementos lesionará los resultados de bienestar de la población. “En estas circunstancias -señala López Casanovas- si no se corrigen los contenidos de las políticas sociales, existe el peligro que ante la congelación relativa de los recursos públicos la parte inercial acabe “devorando” el resto de las políticas, alterando irremediamente los equilibrios vigentes y los contratos implícitos de nuestro Estado de bienestar”.

El financiamiento para la dependencia fue uno de los principales rubros en ser afectados por la crisis. El proceso que se describió para Chile del envejecimiento y su entorno fue visualizado con anterioridad en España creándose en 2006 la ley 39 de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Lo cual sentó las bases para el nuevo sistema público de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En cuanto a prestaciones, la Ley de dependencia establece los siguientes tipos: en especie, como centros de día, residencias, teleasistencia o atención a domicilio; económicas vinculadas a servicios, con carácter periódico y que se reconocen únicamente cuando es imposible el acceso a un servicio público o concertado; y, económicas, para que la persona dependiente sea atendida en el domicilio por cuidadores familiares.

Según la puntuación, los beneficiarios se clasificaron en tres grandes grupos, Grado 1, los dependientes moderados que necesitan ayuda para varias ABVD al menos una vez al día o bien un apoyo intermitente y limitado. Grado II, los dependientes severos que requieren ayuda para varias ABVD bastantes veces al día, pero no necesitan apoyo permanente o tienen necesidades de apoyo generalizadas; Grado III, que engloba a las personas con gran dependencia, las cuales necesitan ayuda para varias ABVD varias veces al día y, como consecuencia de la pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesitan un apoyo indispensable y continuo o generalizado (hubo una clasificación

en dos niveles para cada grado, pero se suspendió desde 2012). El financiamiento del sistema debía ser mixto entre los aportes públicos y las contribuciones de los beneficiarios.

López C. hace una crítica muy severa al programa destacando los siguientes problemas:

a) Se diseñó en un momento de alza en el ciclo económico.

b) Se formuló desde el universalismo sin tomar suficientemente en cuenta las diferencias en los servicios ya disponibles y los que había que financiar con nuevos recursos.

c) Para el financiamiento se proyectaron los nuevos ingresos fiscales provenientes de los nuevos empleos que generaría el sistema, así como la liberación de cuidadores familiares, es decir, se sobre estimó la elasticidad de la demanda sobre los ingresos públicos.

Luego de la crisis, en 2012, empezaron los recortes a las prestaciones. Entre ellos, la reducción de 400 a 350 euros de compensación al cuidador en el hogar (180.000 en 2012); se fijaron precios referenciales para residencias; para atención personal en el hogar; para el apoyo en tareas domésticas; se introdujo copagos en personas con rentas por sobre un valor. En suma, indica Guillem López, “este cuarto pilar del Estado de bienestar se crea en un momento en que las estructuras estatales de bienestar ofrecen, en la mayoría de los países desarrollados, muchas dudas sobre solidez y su capacidad para afrontar los retos del futuro sin modificar sustancialmente sus perspectivas”.

De otra parte, un aspecto central en la gestión financiera es el mecanismo con que se determinan los baremos para los diferentes grados de dependencia. El evaluador del grado de dependencia tendrá interés en aumentar la gravedad de la dependencia (grados) si ello le permite obtener más recursos desde el gobierno central. De este modo, las estimaciones de personas dependientes rápidamente fueron superadas. En particular, el diagnóstico de personas que ya estaban en residencias se llevó generalmente, al Grado III.

La presión de la población (lista de espera) llegó a 250.000 en 2010 con tiempo medios que ya superaban los doce meses.

Desde luego, para los especialistas de AL en esta materia el diagnóstico inicial del impacto del envejecimiento y de las necesidades de

financiar la protección social puede ser tema de largo o mediano plazo en algunos países que encuentran todavía poblaciones con bajas expectativas de vida y con gastos fiscales en salud restringidos, pero en cambio, otros países -como Chile- ya están muy próximos de la estructura demográfica de España pero con grandes retrasos en la institucionalidad del Estado de Bienestar que, en el continente jamás se materializó. Peor aún, la parte centro y sur del continente ha desarrollado marginal y precariamente los sistemas de protección social. Guillem López C. alerta acerca de un futuro complejo en que, lamentablemente para la Región y Chile en particular, a causa de las desigualdades imperantes se partirá de bastante más atrás que en la Península.

Para enfrentar la presión de costos, muchos países solo permiten la elegibilidad de los dependientes severos y, de entre ellos, sólo los más mayores. Por ejemplo, en la República Checa e Israel, alguien con bajas necesidades, que requiere menos de 6½ horas de apoyo por semana no califica para la protección social. En Inglaterra, no calificaría tampoco para la atención social principal, pero de todos modos podría acceder a un beneficio en efectivo (Muir 2017). Donde los recursos son limitados, tiene sentido priorizar a aquellos con las necesidades más severas, ya que tienen mayor necesidad de protección. Sin embargo, las personas con bajos ingresos a menudo pueden tener dificultades para financiar incluso la atención de nivel inferior. Estas personas quedan expuestas a la pobreza, con niveles de dependencia y sin entornos de ayuda, cuando sus necesidades están por debajo del umbral de elegibilidad.

En definitiva, si se fijan tasas muy bajas se corre el riesgo de socavar la dignidad y la independencia del usuario de la atención; pero tasas más altas podrían aumentar significativamente los costos para el erario público.

En Chile, la situación es todavía más grave porque las personas que necesitan más recursos para enfrentar este período perciben menos de 30% de lo que ganaron en el ciclo anterior. En julio de 2024 hubo 1.053.930 pensionadas que recibieron en promedio mensual \$192.082. El 50% (la mediana) reciben menos de \$95.067. Los esfuerzos hechos por el Estado a través de la Pensión Garantizada Universal permiten que este promedio suba a \$346.067 y la mediana a \$230.339 (Superintendencia de Pensiones julio 2024).

#### IV.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Minsal llega a celebrar su centenario con múltiples desafíos. Uno de ellos implica cambios estructurales en la organización de la oferta de los servicios, así como en la estructura del financiamiento. Uno de estos casos, propios del S XXI, es el de los cuidados de largo plazo.

Se concluye que es ineficiente que el Estado separe la atención por discapacidad a la atención por dependencia lo cual, por la propia definición de la Reforma de Salud con atención preferencial domiciliaria, seguimiento de las familias y prevención, debiese tomar en el marco de la APS las tareas de apoyo a los CLP, por cierto, combinado con la participación de otras entidades públicas de otros ministerios.

La reforma de la Salud y el proyecto enviado por el gobierno sobre sistema de cuidados necesita precisar las formas orgánicas e institucionales que requiere esta propuesta y por cierto, el financiamiento para cumplir con las funciones enunciadas.

Lo que está claro es que el sistema de apoyo vigente basado en que las PM mueren rápido; que las familias y hogares son ampliados; que hay hijas y parientes disponibles para el cuidado, está caducado. Más aún, las pensiones promedio que obtienen los ciudadanos son certeramente insuficientes para responder a la necesidad de estas PM. Esto requiere una respuesta estatal que es, a la vez, de salud y seguridad social para compensar una crisis de mayor envergadura para quienes no tienen como solventar los costos del envejecimiento. En esta perspectiva el Ministerio de Salud de Chile debe asumir un rol protagónico.

#### REFERENCIAS

- Casado Marín David y Guillem López i Casanovas.(2001) Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales Núm.6 Fundación "la Caixa".
- De la Maisonneuve, C. and J. Oliveira Martins (2013), "A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures", OECD Economics Department Working Papers, No. 1048, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>
- European Commission (2017). The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies.

- Ferrer Pedro Lautaro. (1910). Instituto de Higiene de Santiago. Presentación en el Congreso Internacional de medicina y a la Exposición de Higiene de Buenos Aires, en Mayo de 1910.
- Grignon Michel et Nicole F. Bernier (2013). Financer les soins de longue durée: Une assurance privée ou publique? Etude IRP, Canada. No 39, février 2013.
- Instituto Nacional de Estadísticas INE (2024). Boletín de Estadísticas Vitales Coyunturales de agosto de 2024.
- López Casanova Guillem (2015). El bienestar desigual. ¿Qué queda de los derechos y beneficios sociales tras la crisis? Barcelona. Ed. Península, Colección Atalaya, 2015. ISBN: 978-84-9942-436-1. (345 páginas)
- Ministerio de Desarrollo Social (Mideso). CASEN 2017 y CASEN 2022: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/>
- Mideso (2023). Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia, ENDIDE 2022.
- Mideso (2024). Serie de resultados Casen. Pobreza en los hogares con presencia de personas con discapacidad. Encuesta casen 2017 y 2022. Agosto de 2024.
- Muir, T. (2017). “Measuring social protection for long-term care”, OECD Health Working Papers, No. 93, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>.
- Nyman John A. (1995). Another Look At Long-Term Care Financing. <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.14.2.316>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). 53.o CONSEJO DIRECTIVO 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 RESOLUCIÓN CD53.R2 PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS
- Sandoval H. (2024). ¿De qué hablamos cuando decimos reforma en salud? En Revista Sistemas de Salud y Bienestar Colectivo No 4. Santiago, septiembre de 2024 (9 -16) [https://aprobienestar.cl/wp-content/uploads/2024/08/Sistemas\\_Salud\\_Sept\\_2024.pdf](https://aprobienestar.cl/wp-content/uploads/2024/08/Sistemas_Salud_Sept_2024.pdf)
- Superintendencia de Pensiones (2024). Informe pensiones pagadas. Julio de 2024. En <https://www.spensiones.cl/apps/centroEstadisticas/paginaCuadrosCCEE.php?menu=sci&menuN1=pensypape&menuN2=penspago>
- University of Washington. Health Metrics and Evaluation GBD 1990-2021 <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Urriola R. (2009). Historia de la protección social de la salud en Chile. En libro del mismo nombre. LOM-Fonasa. Santiago, 2009.
- Urriola R. (2020). Aproximación preliminar a las cuentas de cuidados de largo plazo de Chile. En Boletín Economía y Salud. DESAL-MINSAL. Vol 14 – N°1 2020. [http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/Boletin\\_1\\_2020.pdf](http://desal.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/Boletin_1_2020.pdf)
- World Health Organization (2011) Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe.