



# Boletín Informativo AACH

Número  
12/15

Diciembre  
2015

## Seguro de Dependencia

El presente documento resume la actual situación de los adultos mayores dependientes en Chile y expone una propuesta de seguro social (CIEDESS, 2014) que pretende resolver esta problemática. Además, se concluye respecto a la forma de idear y aplicar una forma efectiva y eficiente de protección a la población dependiente.

### Definición de Dependencia

Un individuo, para alcanzar niveles básicos de funcionalidad, realiza acciones cotidianas que le permiten asegurar su subsistencia y autocuidado, manteniendo así su independencia y a la vez cumpliendo su rol social con la comunidad.

Ahora bien, el deterioro biológico que se experimenta con la edad se traduce en problemas de salud asociados, generando un descenso de las capacidades funcionales y en consecuencia de la autonomía para llevar a cabo estas actividades cotidianas.

Con esto, el fenómeno de la dependencia se define en términos generales como la limitación o incapacidad permanente para efectuar las actividades de la vida diaria.

En términos particulares, existen variadas definiciones que intentan especificar y hacer más estrictos los criterios para establecer la calidad

de dependiente. La OMS<sup>1</sup> la define como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”. El Consejo de Ministros de la Unión Europea<sup>2</sup> la definió como “un estado en el que las personas, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria”, con lo que se pone de manifiesto que es necesario brindar asistencia a estas personas.

Los instrumentos para medir la funcionalidad en los adultos mayores intentan discretizar la autonomía del individuo, ya que esta comprende un continuo desde la independencia a la total dependencia. Estas escalas consideran actividades básicas e instrumentales como: bañarse, ir al baño, vestirse, desplazarse, alimentarse, entre otras.

Cabe destacar que el fenómeno de la dependencia no es inherente a la vejez, sino que está determinado por otra serie de variables distintas a la edad, como son los factores biomédicos y contextuales (estilos de vida, alimentación, actividad física, enfermedades). Sin embargo, es en los adultos mayores donde en

<sup>1</sup> Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) (1980).

<sup>2</sup> Comité de Ministros de Europa E. Recomendación N°(98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. 1998.

gran medida convergen estos factores y por tanto comienza a convertirse en un tema relevante, dadas las consecuencias económicas y sanitarias que provoca.

## Seguros de Dependencia

El Seguro de Dependencia es una modalidad aseguradora que cubre la limitación física o psíquica, probada médicamente, que impide al asegurado la realización de las actividades básicas de la vida diaria y que le hace necesitar la ayuda de un tercero para llevarlas a cabo. Las prestaciones susceptibles de ser contratadas por el asegurado son el servicio de atención socio sanitaria, el reembolso de los gastos incurridos por la entrada en la situación de dependencia o la entrega de subsidios o rentas (CIEDESS, 2014).

En el mundo, la existencia de seguros de dependencia establecidos se verifica mayormente en países OECD, y son muy variados en cuanto a estructura, financiamiento y beneficios. Es así como en algunos países se estructura como un seguro tradicional de

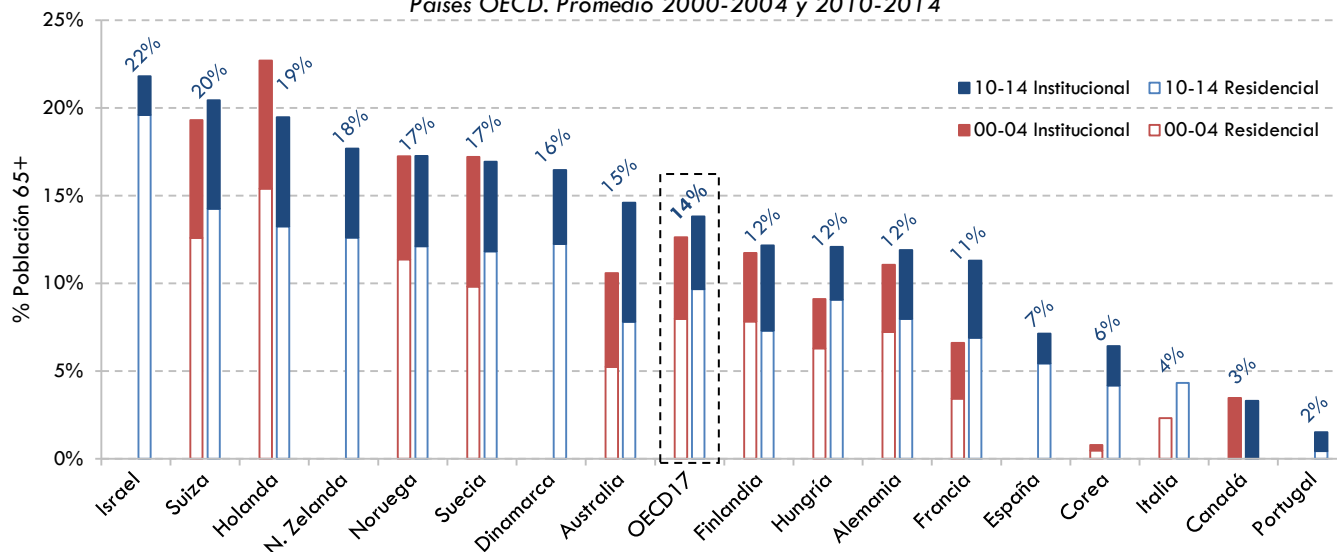
enfermedad, o se integra con el seguro de invalidez, y solo en unos pocos se establece como una institucionalidad adicional de la Seguridad Social. En cuanto a financiamiento, existen sistemas contributivos (con aportes privados) y no contributivos (con aportes fiscales). Los beneficios que entregan estos seguros se relacionan con la atención residencial o domiciliaria y con la institucional en recintos especializados.

Revisando cifras de 17 países representativos OECD (Gráfico N° 1), se aprecia que en promedio en la actualidad (2010-2014, columna azul) un 14% de los adultos mayores recibe cuidados de largo plazo, donde en el 70% de los casos la atención es en la modalidad domiciliaria o residencial. Para el caso del periodo 2000-2004 (columna roja), la cobertura promedio llegaba sólo al 12% y la atención domiciliaria comprendía el 63% de los casos. Por tanto, se aprecia un aumento de la población cubierta en la última década principalmente a través del crecimiento de la atención residencial, efecto que se produce en 9 de 12 países.

**Gráfico N° 1**

Proporción de Población Receptora de Cuidados de Largo Plazo según Modalidad.

Países OECD. Promedio 2000-2004 y 2010-2014



Fuente: Elaboración propia en base a datos OECD Health Statistics.

Esta heterogeneidad en términos de cobertura también se aprecia al revisar el gasto público en cuidados de largo plazo (Gráfico N° 2). Midiéndolo como proporción del gasto público total en salud, las cifras oscilan entre 2% y 41%; y el gasto promedio para los 17 países considerados llega al 21% del gasto en salud, lo que significa que en promedio un quinto de los recursos públicos destinados a salud se destinan a cuidados a la tercera edad.

Esta cifra ha ido aumentando en el tiempo, conforme al incremento de la población adulta mayor y a la extensión de las coberturas de los sistemas de cuidados de largo plazo (en particular en los sistemas incipientes). Más aún, en base a proyecciones (OECD, 2013) se espera que el gasto público en cuidados de largo plazo para estos 17 países, en promedio, se duplique para el año 2060, medido como proporción del PIB (el rango varía entre 150% y 250% de incremento dependiendo del escenario de costos).

Del gráfico también se desprende que existen estados que otorgan una elevada importancia a los cuidados de largo plazo, al destinar parte importante de los recursos públicos para la salud

a ello, lo que también deriva de la diversidad en cuanto a sistemas formales de cuidados de largo plazo y obviamente, a las diferentes estructuras poblacionales.

Cabe destacar que estas cifras oficiales sólo consideran el cuidado formal, mientras que el informal efectuado principalmente por miembros de la familia sigue siendo el principal sustento de los sistemas de cuidados de largo plazo en los países OECD (CIEDESS, 2014).

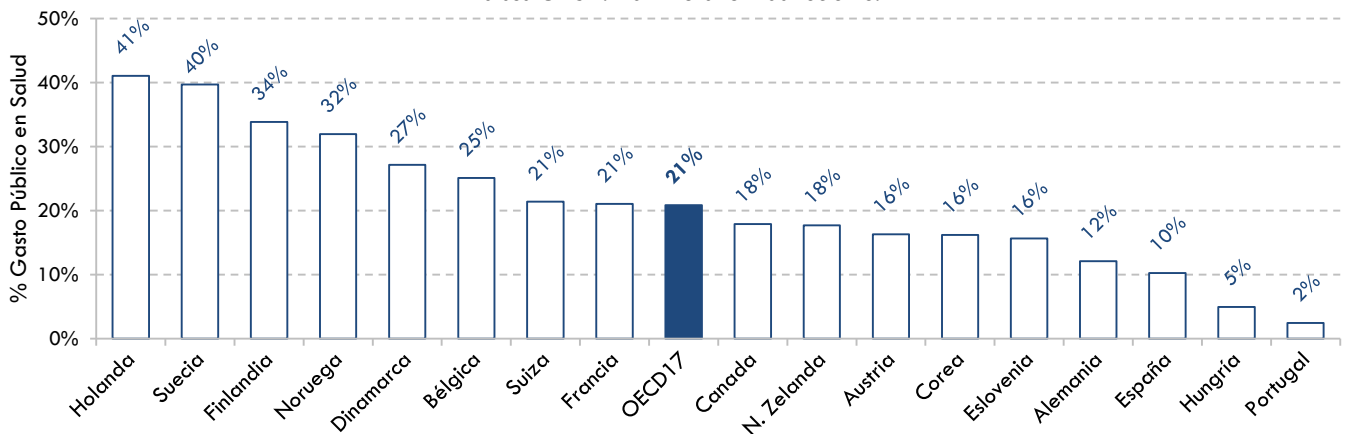
## La Dependencia en Chile

Para dar cuenta del fenómeno de la dependencia en el país, junto con proyecciones de su avance, se presentan los datos arrojados por el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (EDPM) (SENAMA, 2009).

En este estudio (Tabla N° 1 y Tabla N° 2) se muestra que cerca del 25% de los adultos mayores (65 y más años) se encuentran en estado de dependencia en alguno de sus grados, y más del 12% presenta dependencia severa. Dentro de los adultos mayores dependientes, dos tercios son mujeres, y la concentración de población dependiente aumenta con la edad, llegando a superar el 50% de prevalencia para

**Gráfico N° 2**

Gasto Público en Cuidados de Largo Plazo como Proporción del Gasto Público en Salud  
Países OECD. 2011 o año más reciente.



Fuente: Elaboración propia en base a datos OECD Health Statistics.

el grupo etario de 80 y más años. Más aun, el estudio proyecta que para el año 2025 existirán en Chile un millón de adultos mayores dependientes, lo que en definitiva da cuenta de la urgencia por resolver esta materia desde la política pública.

**Tabla N° 1**  
Adultos Mayores Dependientes en Chile

Nivel de Dependencia	Número	Porcentaje
Severa	208.243	12,4
Moderada	85.229	5,1
Leve	112.067	6,7
Sin Dependencia	1.276.792	75,9
<b>Total</b>	<b>1.682.331</b>	<b>100</b>

Fuente: EDPM 2009.

Con esto también se desprende que la demanda por cuidados de largo plazo (asistencia a la dependencia) es significativa y con perspectivas crecientes, lo que requiere una oferta en cuanto a aseguramiento y prestación, que sea suficiente.

En lo global, las principales fuentes de oferta en la prestación son el trabajo doméstico no remunerado, los servicios privados formales e informales, y los servicios estatales.

El trabajo domestico no remunerado es esencialmente llevado a cabo por las mujeres del hogar que son cónyuges o jefas de hogar, lo que implica un costo económico por el hecho que deben prescindir total o parcialmente de introducirse al mercado laboral. Entre los servicios privados dentro del hogar, se cuentan cuidadoras remuneradas, y servicios médicos y de enfermería basados en el hogar.

Fuera del hogar se cuentan servicios de residenciales para adultos mayores, hospitales y clínicas, los cuales tienen un costo significativo. Por último, se incluyen los servicios públicos estatales, con programas de apoyo focalizados y servicios comunitarios voluntarios.

En el ámbito público han surgido una serie de programas de apoyo al adulto mayor discapacitado o dependiente por parte del SENAMA, donde se han generado fondos e instituciones especiales para focalizar la asistencia. Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes para cubrir una inmensa demanda, lo que ha generado que la brecha no cubierta se haya visto aumentada por diversos factores, entre los que se incluyen la mayor incorporación de la mujer al mercado laboral, disminuyendo el tiempo de dedicación al cuidado del hogar, el aumento de hogares unipersonales o bipersonales de adultos mayores, el mayor poder adquisitivo de la clase media, ahora dispuesta a contratar servicios privados, ente otros.

**Tabla N° 2**  
Prevalencia de Dependencia según Género y Edad

Grupo Etario	Hombres	Mujeres	Total
60-64	12,8%	10,6%	11,5%
65-69	20,1%	13,3%	16,2%
70-74	16,8%	21,8%	19,9%
75-79	23,8%	30,8%	28,5%
80-84	45,0%	57,0%	52,9%
85 y más	55,9%	69,9%	65,6%
<b>Total</b>	<b>22,0%</b>	<b>25,3%</b>	<b>24,1%</b>

Fuente: EDPM 2009.

Por el lado de la oferta, existe una escasez de servicios formales y profesionales en cuanto a personal calificado e instalaciones especializadas.

## Propuesta de Seguro Social de Dependencia para Chile

Con objeto de disminuir la brecha entre oferta y demanda de cuidados de largo plazo en el país, CIEDESS en conjunto con la Pontificia Universidad Católica desarrollaron para la Subsecretaría de Previsión Social una propuesta de seguro obligatorio para la dependencia (CIEDESS, 2014). Esta propuesta se basa en principios de la seguridad social y busca, entre otras cosas, desarrollar un programa que sea sostenible en lo financiero, logrando compensar beneficios y costos económicos asociados al fenómeno de la dependencia y a su vez, logrando satisfacer las necesidades de la población dependiente, preservando su autonomía y promoviendo la equidad.

El seguro comprendería un programa universal que otorgaría servicios de entregar el cuidado necesario a los adultos mayores, a través de: evaluaciones de la situación socio-sanitaria, y en función de esta, entregar la atención de profesionales calificados en el entorno residencial o en institucionales.

Se establecería un “criterio estricto” para la calificación del estado de dependencia. Quedan bajo este criterio los mayores de 65 años incapaces de salir de la cama, desplazarse sin ayuda dentro de su hogar o comer sin ayuda, o con un Índice de Katz<sup>3</sup> que indique total dependencia, o con invalidez permanente declarada.

La cuantificación de la población dependiente bajo este criterio estricto se encuentra entre 76mil (FPS) y 200mil (CASEN) con una media de 160mil (EDPM y EPS).

Con estas cifras, el costo estimado para el primer año de funcionamiento del seguro con la población media ascendería a más de USD 3.000 millones, lo que representa un 1% del PIB. Luego, en 10 años el costo total alcanzaría casi USD 4.500 millones, conforme el incremento en la población dependiente, dado el envejecimiento poblacional, ya que la mayor parte del costo recaería en los servicios a entregar al tramo de 80 y más años.

En cuanto al financiamiento, este sería de carácter compartido entre trabajador, empleador y estado, con un porcentaje contributivo de los primeros, más un subsidio del estado para cubrir la brecha con el costo.

El aporte estatal se justifica desde la perspectiva que las cotizaciones necesarias para financiar totalmente el seguro pueden llegar al 25% del sueldo imponible, considerando un escenario de 50 años de edad de inicio de los aportes. Ahora, si la edad de inicio es desde los 20 años, la tasa de cotización de equilibrio alcanza el 5%, lo que aun sigue siendo alto.

Por lo anterior, la propuesta establece que los aportes contributivos sean desde los 40 años en adelante con una tasa de cotización del 1% (compartida entre trabajador y empleador), lo que está en línea con sistemas contributivos de dependencia internacionales. Este esquema determina que la brecha de financiamiento, a cargo del estado, alcanza un 0,9% del PIB los primeros años, o equivalentemente un 22% del gasto público en salud.

Este alto costo para el Estado hace necesario un esquema de focalización inicial y un posterior aumento progresivo de la cobertura. Entre las focalizaciones propuestas se considera cubrir inicialmente la totalidad de la población dependiente según FPS (76 mil), y la brecha con la población según EDPM (84 mil) recibiría una

<sup>3</sup> El Índice de Katz es una escala categórica que evalúa 6 tipos de actividades con 7 grados de dependencia (desde A – Independiente a G – Dependiente en las 6 actividades).

cobertura gradual, partiendo por el primer quintil el primer año y luego extendiéndose a parte del resto de quintiles. Estos esquemas reducirían el aporte estatal a cerca del 0,5% del PIB, cifra similar a los aportes al Sistema de Pensiones Solidarias, lo que determinaría que un 13% del gasto público en salud se destinaria a los cuidados de largo plazo, porcentaje menor al 21% promedio de los países OECD.

En cuanto a la administración del Seguro, la propuesta establece que debería estar a cargo de una sociedad anónima de giro único, que sería constituida tras la adjudicación en una licitación pública, y que pasaría a denominarse ASSD (Sociedad Administradora del Seguro Social de Dependencia). La ASSD debería encargarse del manejo financiero del seguro (recaudación de aportes e inversión de los mismos), la calificación de beneficiarios, y la gestión de las prestaciones.

Respecto a esto último, la ASSD tendría que celebrar convenios con prestadores calificados por la autoridad, y estos profesionales y/o establecimientos, de carácter público o privado, entregarían los servicios establecidos en el programa universal del seguro.

## Conclusiones

Se aprecia que el problema de la dependencia es concreto y con gran cantidad de alcances, tanto económicos como sociales. Las cifras para Chile dan cuenta de una situación compleja, donde la política pública si bien ha intentado y mantenido un carácter asistencial y focalizado, no ha sido suficiente para cerrar la brecha con la creciente demanda por cuidados de largo plazo. Por ello, se requieren esfuerzos adicionales para abordar el problema, considerando la etapa de transición demográfica avanzada que el país experimenta.

Las diversas experiencias internacionales en cuidados de largo plazo sirven de ejemplo para modelar una propuesta adaptada al contexto nacional, para lo cual es imperioso dimensionar y cuantificar de forma correcta los beneficios y desventajas de los distintos esquemas, sobre todo en temas como la potencial excesiva carga fiscal y la sostenibilidad financiera a largo plazo.

La propuesta de un Seguro Social para la Dependencia busca efectivamente abordar este problema desde la óptica de la seguridad social, con un rol determinante del estado. Sin embargo, también considera la participación privada en la administración del seguro reconociendo la conveniencia de adoptar un esquema mixto. Es en este ámbito donde existe un espacio para las Compañías de Seguros de Vida (CSV). Tal como el Seguro de Cesantía es licitado a una sociedad de giro único del que actualmente son propietarias las AFPs, o el Seguro de Invalidez y Sobrevivencia es licitado a un grupo de compañías de seguros, este nuevo Seguro Social de Dependencia podría ser adjudicado por una o un conjunto de CSV, tal como se explicita en la propuesta. Ahora bien, la participación de las CSV requeriría un grado mayor en términos de funcionalidad, dado que la ASSD deberá no solo administrar financieramente el Seguro sino que también gestionar las prestaciones, lo que significa un desafío adicional a lo que se viene realizando con el SIS y el Seguro de Cesantía, que funcionan sólo bajo una lógica de rentas.

## Referencias

SENAMA, 2009. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores.

Superintendencia de Salud, 2008. Dependencia de los Adultos Mayores en Chile.

CIEDESS, 2014. Análisis Prospectivo de un Seguro Obligatorio de Dependencia para Adultos Mayores.

OECD, 2013. Public Spending on Health and Long-term Care: A New Set of Projections.

### Consultas:

Estudios - Asociación de Aseguradores de Chile A.G.  
La Concepción 322 oficina 501, Providencia, Santiago  
Teléfono: 22 83 44 900 Fax: 22 83 44 920  
Mail: [seguros@aach.cl](mailto:seguros@aach.cl)