



del Dicho

al Derecho

¿DÓNDE ENVEJECER?

ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN
DOMICILIARIA PARA PERSONAS MAYORES EN CHILE



HOGAR
DE CRISTO



del Dicho

al Derecho

¿DÓNDE ENVEJECER?

**ESTÁNDARES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN
DOMICILIARIA PARA PERSONAS MAYORES EN CHILE**

DEL DICHO AL DERECHO:

¿Dónde envejecer? Estándares de calidad en la atención domiciliar para personas mayores en Chile

Coordinador(a) investigativo(a)

Claudine Litvak Cooper
Felipe Expósito Reyes

Investigadores(as)

Isabel Valdés Schörry
Carola Salas Miño
Benjamín Sánchez Cobo

Revisores(as)

Liliana Cortés Rojas
Rodrigo Hoyos Mancilla
María Isabel Robles Meza
Doris García Añazco
Héctor Vera Bórquez
Paulo Egenau Pérez
Carolina Muñoz García

Cita recomendada: Hogar de Cristo (2024). Del dicho al derecho: ¿Dónde envejecer? Estándares de calidad en la atención domiciliar para personas mayores en Chile. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.

Diseño y Diagramación: Boris Miranda, Daniel Kameid Z. www.dekaz.cl

Fotografías: Agencia Blackout.

Banco de imágenes Hogar de Cristo.

Edición de textos: Ximena Torres Cautivo

Impreso en Santiago de Chile por www.lom.cl

Versión digital en www.hogardecristo.cl



Este trabajo está licenciado bajo la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-ncnd/4.0/>

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, queremos agradecer a las 33 personas mayores y sus cuidadoras que participaron de las entrevistas y que tuvieron la generosidad de contarnos de sus vidas y experiencias en programas de atención domiciliaria. La voz de ellas ha sido sumamente importante para este libro.

Agradecemos además a los Jefes(as) de Programa de los PADAM que nos apoyaron en el proceso: Cecilia Salgado (PADAM Talagante), Viviana Aedo (PADAM Estación Central), Claudia Méndez (PADAM Renca), Francisca Vergara (PADAM Puente Alto y San Bernardo), Valentina Acosta (PADAM Coltauco y Rancagua), Ximena Ahumada (PADAM Valparaíso) y Alex Arancibia (PADAM Marga Marga).

Queremos agradecer también a Óscar Catalán, María Lobos, Ernestina Mora, Petronila Aravena, Margarita Rojas, Edelia Flores, Ana Maulén, Víctor Ríos, William Elmes, María Luisa Aravena y Olga Carrasco por ser parte de las fotografías que acompañan este libro.

Agradecemos también a Isabel Puga por su apoyo en la coordinación del terreno y en la metodología.

Además, queremos dar las gracias a nuestras compañeras y compañero de la Dirección Social Nacional de la Fundación Hogar de Cristo: Consuelo Laso, Daniela Díaz, Angélica Moreno y Santiago Arellano, por su permanente ayuda y disposición.

Un gran aporte al libro fueron también Carola Herrera (Dirección de Administración y Finanzas), Romina Fuenzalida (Dirección de Personas), Danisa Yañez (Dirección de Personas), Esteban Gutiérrez y Claudio Alquinta (Gestión Territorial).

Por último, queremos agradecer a las y los expertos por su valiosa participación de las distintas fases de la metodología RAM y por apoyarnos en diversos momentos de la investigación.





ferrocarril
en Chile

El Curioso Tip
VIAJES
AL FONDO DE AZUL

Entremesas
de una época del siglo de Oro

Animal

Animal
NO DES PUNTADA SIMILO

Grac
y el for

ÍNDICE

Capítulo 1: Introducción	10
Capítulo 2: Marco conceptual y antecedentes	16
2.1 Envejecimiento de la población	20
2.2 Envejecer y morir en pobreza	23
2.3 Envejecimiento y derechos humanos	27
2.4 Cuidado de larga duración	32
2.5 Protección social y sistema de CLD	36
2.6 Envejecimiento en el lugar	38
2.7 Envejecimiento y comunidad	41
2.8. Desigualdad de género: envejecimiento, pobreza y cuidado no remunerado	43
2.9 Síntesis	46
Capítulo 3. Cuidado de Larga Duración en Chile: una mirada particular a la atención domiciliaria para las personas mayores	50
3.1 Marco normativo en Chile	53
3.2 Políticas de envejecimiento para prevenir la dependencia	55
3.2.1 Prevención de la dependencia dentro del ámbito de salud	56
3.2.2 Prevención de la dependencia dentro del ámbito de barrio y vivienda	59
3.3 Políticas de cuidado de larga duración para personas mayores en Chile	66
3.3.1 Residencias de larga estadía para las personas mayores en Chile	69
3.3.2 Centros diurnos para las personas mayores en Chile	70

3.3.3 Programas de atención domiciliaria	71
3.3.4 Los servicios y programas para apoyar a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as) de las personas mayores con dependencia	79
3.4 Síntesis	82
Capítulo 4: Caracterización de las personas mayores en situación de pobreza y exclusión social	86
4.1 Caracterización personas mayores	92
4.1.1 Barrio y vivienda	95
4.1.2 Vínculos y redes de apoyo	106
4.1.3 Participación social en actividades comunitarias	109
4.1.4 Salud	111
4.1.5 Ingresos	116
4.1.6 Educación y trabajo	121
4.2 Caracterización de las cuidadoras no remuneradas de personas mayores	125
4.3 Vinculación con programas domiciliarios	133
4.3.1 Experiencias PADAM	137
4.3.2 Experiencias Cuidados domiciliarios (Senama)	142
4.3.3 Experiencias Red Local de Apoyos y Cuidados	146
4.4 Síntesis	148
Capítulo 5. Evidencia internacional sobre Cuidados de Larga Duración: una mirada particular a la atención domiciliaria para personas mayores	154

5.1 Sistemas de Cuidados de Larga Duración	156
5.1.1 Universal o focalizado	157
5.1.2 Proveedor de cuidado: cuidado remunerado y no remunerado	160
5.1.3 Servicios y prestaciones en CLD	163
5.1.4 Integración y continuidad de los servicios de CLD	167
5.1.5 Institucionalidad	168
5.1.6 Financiamiento de los sistemas de CLD	169
5.1.7 Normativa y regulación del sistema de CLD	171
5.2 Atención domiciliaria para personas mayores	172
5.2.1 Servicios centrados en quien recibe el cuidado o apoyo	173
5.2.2 Servicios centrados en quien brinda el cuidado de manera no remunerada	185
5.2.3 Evaluaciones de programas de atención domiciliaria	189
5.2.4 Monitoreo de la calidad de los servicios de atención domiciliaria	192
5.3 Síntesis	200
Capítulo 6: Recomendaciones para un sistema de CLD en Chile: una mirada particular a la atención domiciliaria de personas mayores	204
6.1 Definición de las recomendaciones	206
6.2 Composición del panel de expertas y expertos	207

6.3 Evaluación cuantitativa de las recomendaciones	213
6.4 Evaluación cualitativa de las recomendaciones	228
6.4.1 Discusión a nivel de política pública	229
6.4.2 Discusión a nivel de atención domiciliaria	241
6.5 Síntesis	251
Capítulo 7: Propuesta de un modelo de atención domiciliaria para personas mayores con dependencia en Chile	256
7.1 Diseño del modelo propuesto	259
7.2 Diferentes escenarios de atención domiciliaria	261
Capítulo 8: Palabras finales	268
Bibliografía	278
Anexos	302
Anexo 1: Selección de beneficios del Estado para las personas mayores Senama, 2021b	304
Anexo 2: Resultados calificación Adecuación por recomendación, primera fase RAM	308
Anexo 3: Resultados calificación Necesidad por recomendación, primera fase RAM	312



INTRODUCCIÓN

01

El **envejecimiento** de la población se ha convertido en uno de los retos más complejos para las políticas públicas de los Estados a nivel mundial. A medida que el mundo experimenta un cambio demográfico sin precedentes, es fundamental entender y abordar las complejidades que surgen de este fenómeno. En particular, en el contexto de América Latina y el Caribe, el envejecimiento se ha acelerado significativamente en las últimas décadas: el número de personas mayores aumentó siete veces entre 1950 y 2017 (Acosta et al., 2018). Chile lidera esta tendencia en la región, con un índice de envejecimiento que ha ido aumentando con el tiempo: el 1992 existían 21 personas de 65 años y más por cada 100 personas menores de 15 años, el año 2017 eran 60 personas mayores y se proyecta que, el 2050, vivirán 177 personas de 65 años y más por cada 100 personas menores de 15 años (INE, 2018). Actualmente, hay un total de 3.651.538 personas mayores de 60 años, que representan el 18,4% de la población total del país (CASEN 2022).

La evidencia muestra que envejecer es aún más crudo para las personas que viven –o han vivido– en situación de **pobreza y exclusión social**, quienes registran una acumulación de desventajas a lo largo de su trayectoria vital, presentando peores niveles de salud, precarias condiciones habitacionales y barriales, bajos niveles educacionales y pensiones insuficientes. Esto se traduce en una vulneración grave a los derechos humanos para las personas mayores, quienes no pueden satisfacer su derecho a la vida y la dignidad en la vejez. En Chile, existen 112.544 personas mayores de 60 años y más que viven en situación de pobreza por ingresos y 679.968 en situación de pobreza multidimensional (CASEN 2022).

Junto con el envejecimiento de la población, se observa un importante aumento de la probabilidad de **dependencia** a nivel global, lo que significa una mayor demanda por servicios de cuidado de larga duración (CLD), y una presión sobre los sistemas de protección social para entregar respuestas sostenibles en el corto, mediano y largo plazo. En Chile, según ENDIDE 2022, existen 798.282 personas mayores con algún nivel de dependencia funcional; es decir, tienen dificultades para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria. Se estima que esta cifra se incrementará sostenidamente en el futuro: en 2020 existían 4,2 personas mayores dependientes por cada 100 personas no dependientes, lo que en 2050 llegaría a 12,7 (Molina et al., 2020).

La prevalencia de la dependencia se distribuye de manera desigual según nivel socioeconómico, llegando a 27,6% en las personas mayores del quintil de ingresos más bajos, en comparación con un 12% del quintil más alto (ENDIDE 2022). Esto es especialmente problemático para las personas mayores en situación de pobreza y exclusión, quienes no cuentan con los recursos monetarios ni las redes de apoyo necesarias para asegurar que reciban los servicios de CLD de manera oportuna y adecuada. Esto no sólo vulnera los derechos de las personas de manera individual, sino que también tiene efectos negativos a nivel colectivo, porque podría llevar a un aumento del gasto fiscal en salud, debido a que no prevenir y tratar la dependencia a tiempo, puede traducirse en mayores costos en atenciones hospitalarias (Aranco et al., 2022).

La falta de sistemas de CLD afecta a las **mujeres** de forma inequitativa, ya que son ellas quienes mayoritariamente se hacen cargo del cuidado de manera no remunerada, sobre todo a aquellas que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad, no pudiendo financiar estos servicios de forma privada. Esto impacta su trayectoria laboral, su situación socioeconómica y su salud física y mental. Asimismo, la calidad del envejecimiento tiene un sesgo de género, ya que las mujeres mayores presentan niveles más altos de pobreza, mayor expectativa de vida y peores condiciones de salud.

Para hacer frente a esta creciente necesidad de cuidado y al reconocimiento de la labor de cuidado no remunerado, los países más desarrollados han creado sistemas públicos de CLD. Estos apuntan a la **desfamiliarización** y **corresponsabilidad social del cuidado**, dándole un rol activo al Estado como garante del derecho al apoyo y cuidado y reduciendo la carga de las familias a través de una amplia oferta de servicios de CLD, además de considerar otros actores (sociedad civil, mercado y comunidad). Los sistemas de CLD consideran diversos tipos de dispositivos como residencias de larga estadía, centros diurnos y **atención domiciliaria**. Estos últimos se han convertido en prioridad en muchos países, principalmente en Europa, América del Norte y Oceanía, de modo de permitir a las personas mayores **envejecer en su entorno y comunidad**.

En coherencia con esto último, la fundación Hogar de Cristo se ha propuesto realizar una investigación sobre los estándares de los servicios de **atención domiciliaria** de personas mayores con dependencia, para mejorar sus propios programas y hacer un aporte a la política pública nacional. Este estudio se basa en una amplia revisión de literatura nacional e internacional; entrevistas cualitativas con personas mayores y sus cuidadores(as); análisis cuantitativo de datos representativos a nivel nacional; y la conformación de un panel de expertos(as) para consensuar un set de 54 recomendaciones.

Este libro se estructura de la siguiente forma:

En el capítulo 2 se desarrolla el **marco conceptual y los antecedentes** para comprender el proceso de envejecimiento de la población y su estrecha relación con el enfoque de derechos humanos, presentando las tendencias en políticas de envejecimiento en el lugar y los sistemas de CLD. Asimismo, se analiza la importancia del enfoque de curso de vida para estudiar las trayectorias de las personas mayores en situación de pobreza y acumulación de experiencias adversas. Se discute, además, la relevancia del enfoque de género en las políticas de CLD, dada la sobrerrepresentación de las mujeres en las labores de cuidado no remunerado.

En el capítulo 3, se aborda el **contexto nacional** de las políticas públicas de CLD y atención domiciliaria para personas mayores con dependencia. Se analizan los servicios públicos existentes para prevenir la dependencia, particularmente en el área de salud, barrio y vivienda, en conjunto con políticas de cuidado y apoyo de larga duración.

Luego, en el capítulo 4, se presentan los resultados del **análisis cualitativo** en base a 33 entrevistas realizadas a personas mayores con algún nivel de dependencia y sus cuidadoras, participantes del Programa de Atención Domiciliaria (PADAM) de la fundación Hogar de Cristo. Esto se complementa con un **análisis cuantitativo** de estadísticas nacionales, para comprender la magnitud del problema y las brechas existentes en términos de necesidades.

En el capítulo 5, se expone la revisión de **literatura internacional** sobre los sistemas de CLD y servicios de atención domiciliaria para personas

mayores. Sobre los primeros se revisa la normativa, el tipo de servicios y prestaciones, el financiamiento, la institucionalidad, entre otros. Respecto a los segundos se abordan, por un lado, los servicios centrados en las personas mayores y, por otro, aquellos centrados en quienes brindan cuidado.

En el capítulo 6, se presenta un set de **recomendaciones de políticas públicas** de CLD y atención domiciliaria consensuadas por 46 expertos(as)¹, pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil, entidades gubernamentales, organismos internacionales y representantes de la academia.

En el capítulo 7, se muestra un breve alineamiento de un **modelo de atención domiciliaria para personas mayores con dependencia**, basándose en los estándares definidos según los hallazgos de la investigación, adaptado a la realidad chilena.

Por último, el documento cierra con **palabras finales** sobre los principales hallazgos de esta investigación y desafíos para que todas las personas en Chile puedan envejecer de forma digna, activa y saludable.

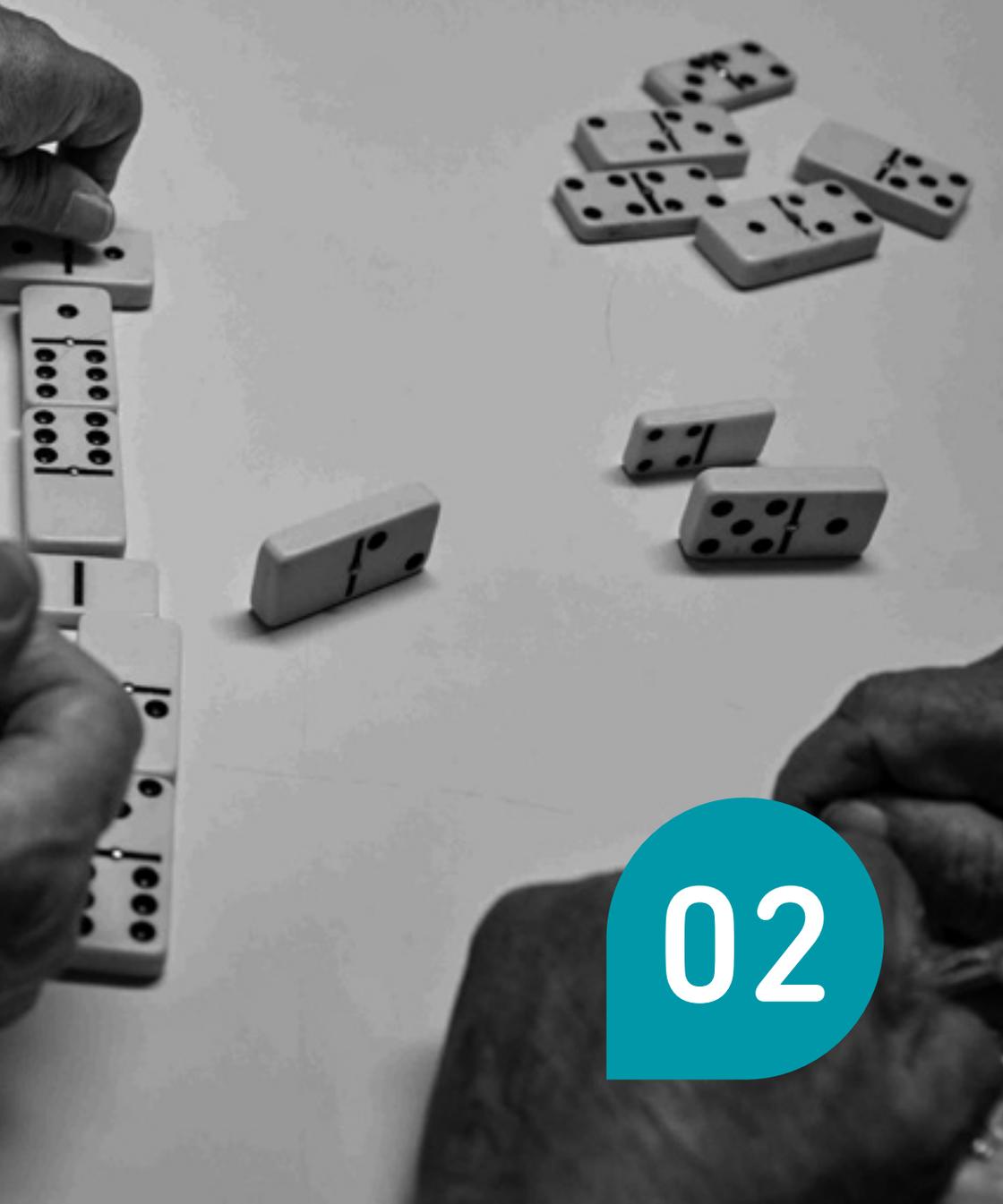
Figura 1.1: Pasos de la investigación



¹ Ver listado en recuadro 6.1 en el capítulo 6.



MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES



02

Este capítulo entrega una breve aproximación a los conceptos y antecedentes fundamentales para comprender el envejecimiento poblacional, que son necesarios de entender para diseñar e implementar un sistema de cuidado de larga duración (CLD) y, dentro de ello, servicios de atención domiciliaria de calidad. En los últimos años diversos ámbitos de estudio, como ciencias sociales, salud pública, vivienda y urbanismo, entre otros, han centrado sus esfuerzos en reflexionar sobre los desafíos que conlleva la transición demográfica, que se traducirá en que, en un futuro próximo, la mayoría de los países modernos tengan más personas mayores de 60 años que personas menores de 18 años.

A continuación, se abordarán los siguientes conceptos y enfoques sobre el envejecimiento de la población:

- el envejecimiento de la población y sus principales características sociodemográficas a nivel nacional e internacional (2.1);
- las dificultades específicas de personas mayores que viven -o han vivido- en situación de pobreza y exclusión social (2.2);
- la normativa internacional sobre derechos de las personas mayores, destacando la importancia de los derechos universales a la dignidad, no discriminación y buen trato (2.3);
- la relevancia de los sistemas de cuidado de larga duración para las personas mayores con algún nivel de dependencia (2.4);
- la calidad de los sistemas de protección de los países necesaria para una vejez digna, entendiendo que las políticas de pensiones, salud, cuidado, vivienda y urbanismo están profundamente interrelacionadas (2.5);
- el enfoque “envejecer en el lugar” (aging in place), que ha cobrado fuerza en los últimos años y que desafía a las políticas públicas a lograr que una persona mayor se mantenga viviendo en su hogar y comunidad por el mayor tiempo posible (2.6);

- la comunidad como fuente de apoyo a las personas mayores con algún nivel de dependencia, haciendo énfasis en la desigualdad de las redes sociales, lo que posiciona a las personas en pobreza en una situación de desventaja (2.7);
- el enfoque de género y la relevancia de su inclusión transversal en las políticas de envejecimiento y cuidados de largo plazo (2.8).

Recuadro 2.1: Metodología de la revisión de literatura

Para los capítulos 2, 3 y 5 se realizó una sistematización de literatura nacional e internacional basada en evidencia. Los temas más buscados fueron los siguientes: envejecimiento, cuidado de larga duración, dependencia, atención domiciliaria, envejecer en el lugar, apoyo y cuidado comunitario, prevención de la dependencia, género y cuidado, feminización del envejecimiento.

La búsqueda se realizó en fuentes académicas e informes oficiales de organizaciones internacionales. Los criterios de selección de los documentos fueron su pertinencia temporal (idealmente no más antiguos que 10 años), el tipo de documentos (libros, artículos en revistas, tesis de doctorado, documentos de trabajo de organizaciones internacionales) y la pertinencia con los objetivos de la investigación. En el caso de artículos en revistas académicas, se priorizaron aquellas revistas con un alto índice de impacto y/o con un peer review riguroso. Considerando lo anterior, en total, se revisaron más de 200 documentos nacionales e internacionales (escritos en español, inglés y alemán), de los cuales se incorporaron alrededor de 150 por cumplir con los criterios descritos.

Considerando lo anterior, en total, se revisaron más de 200 documentos nacionales e internacionales (escritos en español, inglés y alemán), de los cuales se incorporaron alrededor de 150 por cumplir con los criterios descritos.

2.1 ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Se entiende por envejecimiento de la población el aumento de la proporción de personas de 60 años y más respecto del total de la población. Este fenómeno, conocido como **transición demográfica**, se extiende a nivel mundial, considerando países desarrollados y en vías de desarrollo. Entre 1960 y 2015, la expectativa de vida al nacer en todo el mundo aumentó 18 años (desde 53 a 71 años). Para explicar el envejecimiento poblacional, se han identificado tres factores principales: disminución de la mortalidad antes de los 60 años, incremento de la esperanza de vida por sobre los 60 años y una baja en las tasas de natalidad (Albala, 2020). El aumento de la esperanza de vida se atribuye, entre otros, a los avances en las áreas de tecnología y medicina, y a la promoción de estilos de vida más saludables (Galkutė & Miranda, 2022).

Durante el siglo pasado, el continente europeo fue el precursor de muchas políticas públicas para responder a este envejecimiento poblacional, introduciendo medidas innovadoras para proporcionar recursos y servicios a las personas mayores (Acosta & Picasso, 2019). En América Latina el envejecimiento poblacional es un fenómeno relativamente reciente, iniciado a comienzos del siglo, pero que se ha acelerado en la última década (Matus López, 2021b).

Chile no ha sido ajeno a esta tendencia internacional. El número absoluto de personas mayores en el país ha aumentado ocho veces entre 1950 (416.741 personas mayores de 60 años) y 2022 (3.651.538 personas mayores de 60 años), esta última cifra constituye el 18,4% de la población total en el país (Observatorio Social, 2023). En el contexto regional, Chile es el país que ha aumentado más aceleradamente la esperanza de vida al nacer: entre 1970 y 2021 subió de 60,5 años a 77,3 en los hombres y de 66,8 años a 82,1 en las mujeres (Acosta et al., 2018; Observatorio Social, 2023).

Dentro del tramo de 60 años y más, el grupo mayor de 80 años es el que crece más rápido, con un aumento de más de 3 veces entre 1990 y 2020. Paralelamente, la tasa de fecundidad ha disminuido sostenidamente, lo que ha significado una merma progresiva del grupo de personas de 0-14 años

(Acosta et al., 2018). Y las proyecciones siguen al alza: se espera que en 2030 haya más de 3 millones de personas de 65 y más años. Es decir, habrá más personas mayores que personas menores de 15 años (Matus López, 2021b).

Un punto a destacar es la **feminización de la vejez**. Las mujeres viven más que los hombres prácticamente en todo el mundo. En América Latina y el Caribe, la esperanza de vida al nacer es de 78,5 años para las mujeres y de 72 años para los hombres (Aranco et al., 2022), mientras que, en Chile, son 82,1 años para las mujeres y 77,3 años para los hombres (Observatorio Social, 2023). Además, a nivel nacional, el índice de feminidad entre la población mayor para el 2015 indica una tasa de 134 mujeres por cada 100 hombres, registrando un incremento sostenido desde 1990, cuando esta proporción era de 123 por cada 100. El índice también crece según aumenta la edad, de tal modo que en el grupo de 75 años y más, la tasa alcanza 157,9 mujeres por cada 100 hombres (Acosta et al., 2018).

El envejecimiento también tiene una importante dimensión socioeconómica. La esperanza de vida está positivamente correlacionada con los ingresos y el nivel educacional. A este respecto, cabe señalar que las personas en situación de pobreza pueden tener 10 años menos de esperanza de vida respecto de la población que no vive en situación de pobreza (OMS, 2009). Un estudio reciente, basado en una encuesta realizada en seis grandes ciudades de América Latina y el Caribe, confirma las desigualdades socioeconómicas de la longevidad (Aranco et al., 2022). Además, estudios en América Latina sostienen que las personas mayores con menores niveles de educación se mantienen activas en lo laboral por un mayor período de tiempo, sobre todo en aquellos países con sistemas de pensiones precarios. Asimismo, la mayor parte de la participación en la fuerza laboral de las personas mayores en América Latina y el Caribe es informal y compensa la falta de otras fuentes de ingresos, en lugar de ser una opción de envejecimiento activo. Después de los 65 años, 8 de cada 10 personas, que siguen insertas en el mercado laboral, trabajan en el sector informal en la región (una cifra que no ha cambiado en las últimas dos décadas), lo que sugiere lo marginal y de baja calidad que es el empleo en este grupo de edad (Aranco et al., 2022).

Recuadro 2.2: Enfoques sobre el envejecimiento

Existen numerosos enfoques teóricos para abordar el envejecimiento, pero al menos tres de ellos han tenido mayor influencia en las políticas públicas: saludable, activo y positivo (Calvo & Madero-Cabib, 2016).

Envejecimiento saludable: Este enfoque viene del campo de la biomedicina y corresponde a uno de los principales conceptos utilizados para abordar el envejecimiento durante los años 90. El énfasis está puesto en los individuos y en mantener por el mayor tiempo posible sus condiciones de salud e independencia funcional, para que así puedan participar en la sociedad, incluso a edades avanzadas.

Envejecimiento activo: Surge a fines de los 90, cuando la OMS propone adoptar un enfoque más amplio considerando otros factores, adicionales a la salud, que determinan cómo los individuos y poblaciones envejecen; como la participación social, el trabajo y la seguridad social. El concepto de envejecimiento activo se aplica tanto a individuos como a grupos poblacionales, promoviendo que las personas realicen su potencial de bienestar físico, laboral, social y mental a lo largo de la vida y que participen de forma continua en la sociedad.

Envejecimiento positivo: Incluye a los dos enfoques anteriores. Busca que los países enfrenten con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica, donde las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. En comparación con los otros enfoques, el enfoque del envejecimiento positivo considera el fuerte impacto psicológico y subjetivo que puede tener el maltrato y los estereotipos sobre la vejez, en conjunto con sus consecuencias físicas y aspectos sociales.

2.2 ENVEJECER Y MORIR EN POBREZA

La pobreza es una grave vulneración a los **derechos humanos** porque el derecho a la vida, el derecho a vivir con dignidad y a la satisfacción de necesidades básicas constituye un derecho inalienable, que condiciona la posición de las personas en la estructura social, y el desarrollo de capacidades para desenvolverse en su entorno y ejercer su autonomía (Abramovich, 2006).

Disponer de bienes económicos es un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. Sin embargo, la pobreza de las personas mayores es aún un fenómeno extendido (Huenchuan, 2007). En América Latina, un 40% de las personas de 65 años y más no reciben pensiones o, de recibirlas, tienen montos menores al valor de la **línea de pobreza**. Esta situación es más común entre las mujeres (42,8%) que entre los hombres (37,6%) (CEPAL, 2022b). En Chile, según la CASEN 2022, un 3,1% de las personas mayores de 60 años y más vive en situación de pobreza por ingresos.

El riesgo de envejecer en condiciones de pobreza está fuertemente relacionado al nivel de **protección social** de un país (políticas públicas de pensiones, salud, educación, vivienda, entre otros). Se evidencia una menor probabilidad de ser pobre durante la vejez en países con una cobertura amplia de seguridad social (por ejemplo, Uruguay y Brasil en el contexto regional), que en países donde las coberturas de seguridad social son bajas (por ejemplo, Guatemala y República Dominicana) (Huenchuan, 2018). Un elemento clave de la protección social es la **seguridad económica**, la cual asegura condiciones para un envejecimiento con dignidad. Esto constituye una legítima aspiración, tanto en el caso de una persona que ha contribuido durante toda su vida a la seguridad social como en el de otra que –porque su trayectoria laboral no lo permitió o por otras razones– no hizo aportes a esta. Existen distintas fuentes de seguridad económica para las personas mayores: la participación laboral, la seguridad social y los apoyos familiares (Huenchuan, 2007).

Recuadro 2.3: Medición de la pobreza en personas mayores

La medición de la pobreza de las personas mayores suele hacerse sobre la base de información que corresponde a los hogares, que no necesariamente refleja la realidad de este grupo social (Huenchuan, 2007). Puesto que una de las dimensiones de la seguridad económica es la autonomía de ingresos –es decir, que las personas mayores cuenten con recursos propios para satisfacer sus necesidades–, resulta conveniente analizar la pobreza a nivel individual con el fin de captar a las personas de edad avanzada que no cuentan con ingresos propios y que, aun viviendo en hogares que no se encuentran en situación de pobreza, pueden carecer de autonomía financiera personal para satisfacer sus necesidades (Rodríguez, 2006).

Para analizar el bienestar de las personas también es importante incorporar la situación de **pobreza multidimensional**, indicador que ofrece una mirada más integral del concepto de pobreza, complementando la visión clásica de carácter más economicista. Esta considera dimensiones como educación, salud, trabajo, seguridad social, vivienda y entorno. Según la CASEN 2022, en Chile hay 679.968 (19%) personas de 60 años y más en situación de pobreza multidimensional.

Dentro de estas múltiples dimensiones de la pobreza, la salud es uno de los ámbitos que mejor refleja la relación entre estatus socioeconómico y el bienestar (físico y mental) de las personas mayores. Algunos efectos de la pobreza en la salud física son, por ejemplo, déficits nutricionales, obesidad, enfermedades crónicas, comorbilidad; lo que podría explicarse por el alto costo de los alimentos saludables, el escaso acceso a espacios públicos que faciliten la actividad física, y el menor acceso a controles de salud regulares y de calidad (Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, 2021) (ver también recuadro 2.4).

En sintonía con lo anterior, la perspectiva de **curso de la vida** ayuda a comprender la complejidad de las trayectorias de las personas mayores, analizando cómo distintos factores demográficos, sociales y contextuales interactúan con el desarrollo, desde el nacimiento hasta el envejecimiento

(Fernández-Carro, 2010; Oris et al., 2021; Szatur-Jaworska, 2020) y cómo la acumulación de desventajas a lo largo de la vida tiene un impacto en el bienestar de la persona (Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, 2021; Dannefer, 2003; Dannefer et al., 2019). Este enfoque intenta relevar la interacción que existe entre las características individuales de las personas (como, por ejemplo, sexo, edad o etnia) con los factores sociales o institucionales en que ellas se insertan (como el sistema de protección social, el sistema educacional o el sistema de salud al que las personas tienen acceso) (Madero-Cabib & Cabello-Hutt, 2022; O’Rand, 1996). También permite entender cómo los eventos históricos y los cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y los agregados poblacionales, conocidos como cohortes o generaciones (Blanco, 2011).

A través del enfoque curso de vida es posible estudiar la complejidad de la situación socioeconómica de las personas mayores, como un proceso dinámico, examinando las trayectorias a lo largo de distintas etapas de la vida y observando los mecanismos que estarían detrás de estos cambios en el tiempo (Letelier et al., 2021; Madero-Cabib et al., 2019; Madero-Cabib & Fasang, 2016). Por ejemplo, un estudio de las trayectorias laborales de las personas mayores en Chile sostiene que la presencia de una historia laboral en condiciones de formalidad, con relativa estabilidad laboral y con contribuciones a un sistema de pensiones aumenta las probabilidades de tener seguridad económica en la vejez. Esto se incrementa cuando las personas gozan de buena salud, cuentan con casa propia y trabajan más allá de la edad legal de jubilación (Rubalcava, 2019).

Adicionalmente, este enfoque reconoce que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo y que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad; esto debido a las diversas trayectorias de vida que tienen un rol importante en cómo la persona llega a la edad avanzada. Es decir, su estado de salud, bienestar, situación socioeconómica, situación familiar, entre otros (Dannefer, 2003; Elder, 1998; Elder et al., 2015; Kohli, 2007). A lo largo de la vida, se observan desigualdades a un nivel macro (respecto a protección social), meso (respecto al acceso a salud, educación, etc.) y micro (respecto a las condiciones socioeconómicas de la familia, etc.), que pueden constituir barreras para el desarrollo y bienestar de la persona (Dannefer et al., 2019).

Recuadro 2.4: Enfoque de determinantes sociales de la salud

El enfoque de determinantes sociales de salud va en la misma línea que el enfoque curso de vida, dando particular protagonismo al estado de salud de la persona mayor, ya que este afecta su bienestar y calidad de vida. Esta perspectiva considera todos los factores fuera del ámbito médico que tienen un impacto en el estado de salud de una persona. Por un lado, las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen; y, por otro lado, el contexto institucional que forma las condiciones de su vida diaria (sistema político y económico, tipo de políticas públicas, normas sociales, cultura, estilo de vida, etc.). Es decir, se reconoce que el estado de salud depende de la interacción de factores protectores y de riesgo a lo largo de su vida y que se relacionan con los determinantes sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos, incluyendo el acceso a los servicios de salud, dejando en clara desventaja a personas en situación de pobreza o vulnerabilidad (Braveman & Gottlieb, 2014; L. Clark & Boyd, 2017; Minsal, 2021; OMS, 2023b).

La buena salud es un determinante esencial de la calidad de vida de las personas mayores. Las personas valoran la salud como un fin en sí mismo y como un elemento principal de una buena calidad de vida. Además, la buena salud contribuye al crecimiento económico a través de una mayor oferta laboral y productividad, mayor rendimiento de otras inversiones en capital humano (como la educación) y mejor sostenibilidad fiscal (Aranco et al., 2022).

Los riesgos para la salud y los factores de comportamiento asociados tienen mayor prevalencia en los estratos socioeconómicos más bajos. En promedio, las personas más

pobres, marginadas y vulnerables tienden a vivir menos años y son más propensas a tener mala salud en la vejez. En la mayoría de los países, las poblaciones de ingresos más bajos tienen tasas más altas de consumo de tabaco y alcohol, y alimentación más deficiente que sus contrapartes con mejor situación económica. Algunos datos de América Latina y el Caribe indican que la obesidad es más frecuente entre los grupos con menos riqueza y educación, y entre las poblaciones rurales. Esto se explica entre otros por los altos costos de alimentos saludables que no necesariamente son accesibles para las personas en situación de pobreza (FAO et al., 2022). Además, las poblaciones de bajos ingresos tienen más probabilidades de estar expuestas a la contaminación del aire interior y exterior y al agua contaminada y otros canales de enfermedades infecciosas y crónicas (Aranco et al., 2022).

2.3 ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS HUMANOS

En esta sección se aborda brevemente la normativa internacional sobre derechos de las personas mayores, entendiendo que el cuidado y apoyo es un derecho que debe ser considerado dentro de un marco de derechos humanos para envejecer de forma digna y saludable.

El 15 de junio de 2015, la Organización de los Estados Americanos (OEA) aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores con el objetivo de promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad (CEPAL, 2017) (Ver listado de derechos consagrados en figura 2.1).

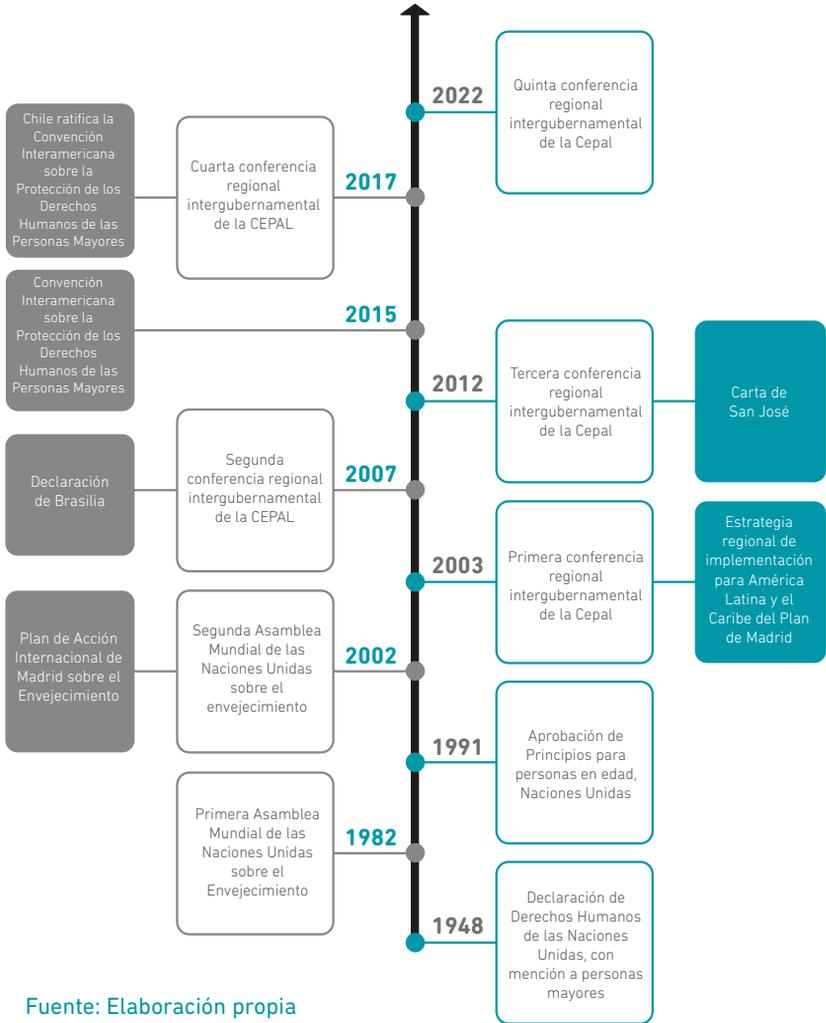
Figura 2.1: Derechos protegidos por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

-
- Igualdad y no discriminación por razones de edad
 - Derecho a la vida a la dignidad en la vejez
 - Derecho a la independencia y a la autonomía
 - Derecho a la participación e integración comunitaria
 - Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia
 - Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes
 - Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud
 - Derecho de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo
 - Derecho a la libertad personal
 - Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información
- Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación
 - Derecho a la privacidad y a la intimidad
 - Derecho a la seguridad social
 - Derecho al trabajo
 - Derecho a la salud
 - Derecho a la educación
 - Derecho a la cultura
 - Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte
 - Derecho a la propiedad
 - Derecho a la vivienda
 - Derecho a un medio ambiente sano
 - Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal
 - Derechos políticos
 - Derecho de reunión y de asociación
 - Derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley
 - Derecho al acceso a la justicia

Fuente: (CEPAL, 2019)

Chile ratificó esta convención en 2017, resaltando que “la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, provienen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano” (BCN, 2017). Asimismo, como Estado firmante se comprometió a abstenerse de elaborar leyes, políticas, normas, programas, procedimientos administrativos y estructuras institucionales que, ya sea de forma directa o indirecta, priven a las personas mayores del goce de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (CEPAL, 2017) (Ver figura 2.2 con línea de tiempo de tratados internacionales).

Figura 2.2: Línea de tiempo de tratados internacionales



Fuente: Elaboración propia

La Convención señala que los países “adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población” (OEA, 2015). Es importante elaborar con mayor profundidad el **derecho a la dignidad**. Ser digno o ser “persona con dignidad” significa valer por el solo hecho de ser persona, lo que reclama ser reconocido efectivamente así por los demás. Las tres grandes modalidades de la negación de la dignidad a las

personas mayores son la discriminación por edad, los malos tratos y la falta de autonomía (Huenchuan, 2022), los cuales serán desarrollados en mayor profundidad a continuación.

Primero, la prohibición de **discriminación por edad** de las personas mayores de 60 años es uno de los aportes indudables de la Convención (CEPAL, 2017), entendiéndola como “cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada” (OEA, 2015). Esto permite brindarle un estatus jurídico al mismo nivel que la discriminación racial o la discriminación en contra de las mujeres, lo que conlleva obligaciones internacionales para los Estados y cuya protección es exigible por parte de los(as) titulares de derechos (Huenchuan, 2022).

Segundo, en la Convención se estipula el derecho a **vivir una vida sin ningún tipo de violencia** y a recibir un trato digno. El texto resalta tres formas conductuales de malos tratos (Huenchuan, 2022):

- El abandono o falta de acción, deliberada o no, para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que pongan en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.
- El maltrato propiamente dicho o la acción u omisión, única o repetida, contra la persona mayor, que produce daño a su integridad física, psíquica y moral.
- La negligencia o error involuntario o falta no deliberada que incluye, entre otros, el descuido, la omisión, el desamparo y la indefensión que causan daño a la persona mayor.

Tercero, la Convención garantiza el derecho a la **independencia y a la autonomía**, “reconociendo el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos”. Esto significa que los Estados deben asegurar (OEA, 2015 Art.7):

- El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos.
- Que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.
- Que la persona mayor tenga acceso progresivamente a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad, y para evitar su aislamiento o separación de ésta.

A pesar de tener estos derechos consagrados, las personas mayores enfrentan problemas y limitaciones para hacerlos efectivos. Un estudio de las Naciones Unidas, en que participaron 34 países, pone de manifiesto los principales asuntos que preocupan a los Gobiernos y las oficinas nacionales de derechos humanos en relación con este tema: 41,2% señaló las problemáticas de cuidado; 35,3% la falta de toma de conciencia sobre la realidad y los derechos de las personas mayores; 32,4% la calidad de la salud; 26,5% la precariedad de las pensiones; 21% la discriminación y el maltrato; y 17,6% las condiciones laborales (CEPAL, 2017). El desafío de hacer exigibles estos derechos es aún más complejo para las personas mayores en pobreza y exclusión social, que no tienen los recursos monetarios ni las redes familiares para satisfacer, de otra manera, estas necesidades no cubiertas. Por esto, la pobreza representa una profunda vulneración de los derechos de las personas mayores.

En el caso de Chile, la percepción del envejecimiento es altamente negativa. La Sexta Encuesta Nacional sobre la Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores del año 2019 afirma que un 76% de la población considera que el país está "nada o casi nada" preparado para enfrentar el envejecimiento. Es decir, que no contaría con los apoyos institucionales que contribuirían a sostener condiciones de existencia y calidades de vida que favorecen la inclusión social de las personas mayores. Asimismo, un 73% considera que las autoridades políticas no consideran las demandas y requerimientos de la población mayor (Arnold, M; Herrera, F; Massad, C; Thumala, 2021).

2.4 CUIDADO DE LARGA DURACIÓN

Los sistemas de cuidados de larga duración (CLD), también llamados sistemas de largo plazo, serán desarrollados en profundidad en el capítulo 5. Sin embargo, en esta sección es importante definir qué se entiende por CLD y por qué es relevante que sean considerados parte de las políticas públicas.

Los CLD se definen como el amplio rango de servicios y asistencia para las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia, incluyendo servicios institucionales (como las residencias de larga estadía) y ambulatorios (como la atención domiciliaria, los centros diurnos o la teleasistencia). Se dirigen a personas quienes tienen limitada su capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria –como alimentarse, bañarse o vestirse– de forma permanente o por un largo periodo de tiempo (Matus López, 2015; Muir, 2017; OMS & OCDE, 2021). Estos sistemas consideran servicios para la persona mayor con dependencia y para la persona que cuida.

A pesar de que no todas las personas mayores requerirán de servicios de cuidados de larga duración, el aumento de la población de 60 años y más y, específicamente, el acelerado aumento en la proporción de personas de 80 años y más, representa un reto en materia de cuidados, pues la demanda de servicios de apoyo, acompañamiento y cuidados especializados se está incrementando y lo seguirá haciendo. Se estima que en América Latina y el Caribe el número de personas de 60 años o más que necesitarán de cuidados a largo plazo se triplicará en las próximas tres décadas, de alrededor de 8 millones a 30 millones en 2050 (CEPAL, 2022b).

En el contexto europeo hasta principios de la década de los 70, el modelo dominante de cuidados a personas en situación de dependencia era el de riesgo familiar. En dicho modelo la mujer dueña de casa se hacía cargo, no solo del cuidado de los niños, sino también de las personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia (Acosta & Picasso, 2019). A partir de entonces, los modelos nórdicos comienzan a socializar el riesgo y a “desfamiliarizar” el cuidado como respuesta a las

demandas de la mujer trabajadora e incluso anticipándose al impacto del envejecimiento. Esto significa que el Estado promueve “que los individuos minimicen la carga de sus familias a través de una provisión amplia de programas de bienestar social” (Muñoz, 2021, p. 420).

Actualmente, existen diversos modelos de cuidado a las personas mayores. En algunos, el mercado y la familia siguen siendo los actores principales, con un rol menor del Estado, entregando ayudas y transferencias para el trabajo de cuidado no remunerado (por ejemplo, España e Italia). Otros países apuntan a fomentar la corresponsabilidad social, asumiendo el Estado un papel protagónico en la provisión de los servicios de CLD, como institucionalización, fortalecimiento de la atención domiciliaria, centros diurnos, entre otros (por ejemplo, Francia y Países Bajos) (Miranda et al., 2015).

La mayor parte de los países en América Latina y El Caribe no posee políticas amplias de CLD, caracterizándose por tener escasa reglamentación y prestación directa por parte del sector público. Esto significa que las personas mayores deben apoyarse en otro tipo de arreglos para recibir cuidado, tarea que recae mayoritariamente en sus familiares, siendo las mujeres el recurso primario (Caruso et al., 2017).

Son dos las razones fundamentales por las que los CLD se convertirán en una cuestión cada vez más apremiante en América Latina en las próximas décadas. Primero, aunque hoy su población es más joven que el promedio mundial, América Latina está envejeciendo a un ritmo muy rápido. En segundo lugar, existe evidencia que muestra que estas futuras poblaciones mayores serán propensas a situaciones de dependencia que requerirán CLD, dado que la esperanza de vida en América Latina ha aumentado, pero sin que su población experimente las mismas mejoras en cuanto a la calidad de vida y nutrición que las economías avanzadas. En consecuencia, los(as) habitantes de la región son más proclives a la obesidad, hipertensión, artritis y colesterol alto, lo que aumenta la probabilidad de envejecimiento temprano y la necesidad de cuidado (Caruso et al., 2017; Matus López, 2015).

Por último, las políticas de CLD deben tener en cuenta que las personas en situación de pobreza o exclusión social tienden a presentar mayores necesidades de cuidados y enfrentan mayores obstáculos en su acceso. Por lo tanto, es necesario que las políticas de CLD les ofrezcan una amplia gama de servicios que respondan adecuadamente a las necesidades específicas y garanticen el derecho al cuidado y apoyo en condiciones de igualdad y no discriminación (CEPAL, 2022a).

¿Por qué es tan relevante que los gobiernos inviertan en servicios CLD? La literatura internacional destaca al menos cuatro razones clave (Huenchuan, 2022; OMS & OCDE, 2021):

1. Las proyecciones ven un fuerte aumento en el gasto fiscal en las políticas públicas para las personas mayores, debido al envejecimiento de las sociedades, la reducción de la labor de cuidado informal y el aumento en los costos de servicios formales de CLD.
2. La inversión en servicios de CLD es una forma de prevenir la dependencia y disminuir las enfermedades asociadas a la merma del desempeño funcional. Esto se podría traducir en menos hospitalizaciones y evitaría altos costos públicos.
3. Las personas tienden a subestimar su propio riesgo de necesitar cuidado o apoyo en algún momento de su vida, por lo que es necesaria una política pública y universal que no se basen principalmente en seguros privados y voluntarios.
4. Por la crisis de los cuidados que se refiere al aumento de la demanda de cuidado (por el aumento de la esperanza de vida y la probabilidad de dependencia en esta etapa, entre otras causas) y la disminución en la oferta de cuidado (por el incremento de la participación laboral de las mujeres y la reducción del tamaño de las familias). Contar con servicios de CLD reconoce que la labor de cuidado es un trabajo que debe ser remunerado y no realizado por la familia, particularmente las mujeres, de forma gratuita e informal.

Recuadro 2.5: Apoyo social a personas mayores con dependencia

Es importante incorporar el concepto de apoyo social al análisis de los sistemas de CLD. Para las personas mayores con algún nivel de dependencia es fundamental contar con una red de apoyo social, sobre todo para aquellas que viven en situación de pobreza y exclusión, ya que cuentan con menos posibilidades de recibir apoyo. Se entiende por **apoyo social** al conjunto de transacciones interpersonales que operan en las redes de apoyo (familiares, no familiares y comunitarias), presentándose como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

Los tipos de apoyo social pueden ser materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios, entre otros), emocionales (afectos, compañía, empatía, reconocimiento, escuchar, entre otros) y cognitivos (intercambio de experiencias, información, consejos, entre otros).

El apoyo social puede ser entregado por redes informales o redes formales. Dentro de las **redes informales** están, en primer lugar, las redes familiares, las cuales son relaciones personales que se establecen al interior del hogar (corresidentes) o fuera de él (no corresidentes) a partir de lazos de parentesco. Las redes familiares se consideran la base de las diferentes redes de apoyo social. En segundo lugar, están las **redes no familiares** de apoyo social, que son los vínculos personales establecidos con amigos(as), vecinos(as), compañeros(as) de trabajo, que pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda. En tercer lugar, están las **redes comunitarias** que se remiten a las colectividades en vez de a individuos o familias, se gestan a través de grupos organizados en un espacio territorial e identitario.

Por su parte, las **redes formales** se refieren a las redes institucionales, que son las relaciones de apoyo que se establecen entre las personas mayores y algunas instituciones gubernamentales y/o no gubernamentales.

Fuentes: (CEPAL, 2009; Guzmán et al., 2003)

2.5 PROTECCIÓN SOCIAL Y SISTEMA DE CLD

El envejecimiento de la población desafía a los países a tener sistemas de protección social que sustentan la calidad de vida de las personas mayores, dado que reduce la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones, ejerce presión en los sistemas de salud y aumenta la demanda de servicios de CLD. Estos retos son aún más preocupantes en América Latina y el Caribe, donde el empleo informal está muy extendido y la seguridad social y los servicios públicos son escasos, están fragmentados y, en algunos casos, carecen de financiación (Aranco et al., 2022). Además, el envejecimiento en la región ocurrirá con más velocidad que en Europa y con la dificultad agregada de que la región cuenta con niveles más bajos de desarrollo económico y con tasas de desigualdad persistentemente altas (Turra & Fernandes, 2021).

El sistema de CLD depende fuertemente del tipo de sistema de protección social del país. Las políticas de pensiones, salud y atención a la dependencia están interrelacionadas, de forma directa (las prestaciones se superponen como determinantes de las limitaciones presupuestarias de una persona) e indirecta (a través de su efecto sobre la salud, autonomía, y la consiguiente capacidad de prolongar los años de trabajo de las personas). Por ejemplo, que una pensión alcance para vivir depende del gasto de bolsillo de las atenciones médicas o de servicio de CLD que se espera que la persona mayor tenga. Del mismo modo, los servicios de apoyo y cuidado pueden disminuir las hospitalizaciones evitables y con eso los gastos totales en atención médica. La atención médica y las intervenciones de envejecimiento activo que mejoren el estado de salud harán más factibles las reformas de las pensiones que aumenten la edad de jubilación. También disminuirán la prevalencia de la dependencia funcional y, con eso, la necesidad de servicios de CLD. Otras políticas también afectan a la calidad de vida de las personas mayores. Entre ellas se encuentran las políticas relativas a los espacios urbanos, la calidad del medio ambiente, la seguridad ciudadana, y la disuasión de la discriminación hacia las personas mayores (Aranco et al., 2022).

¿Cómo seguir avanzando por el camino de una mejor cobertura y calidad de la protección social y, al mismo tiempo, controlar las presiones fiscales? Estudios sostienen que la única manera es adoptar un enfoque holístico en el diseño de las políticas de protección social, que considere explícitamente

las interacciones y sinergias entre las pensiones, los servicios de salud y los cuidados de larga duración. Aunque no existe una receta única, y cada país deberá evaluar la viabilidad de las reformas teniendo en cuenta su contexto social, económico y fiscal específico, la necesidad de un enfoque integrado en los tres ámbitos de protección social es primordial (Aranco et al., 2022).

Recuadro 2.6: Las personas mayores como grupo más vulnerable durante la pandemia del COVID-19

La pandemia del COVID-19 afectó con más fuerza a las personas mayores, poniendo en jaque a los sistemas de salud y de CLD. Según datos de la OMS, hasta el 1 de mayo de 2023, han fallecido 6.941.095 personas, de las cuales la gran mayoría tenía 65 años o más. Por ejemplo, en Francia, España y Suecia más de 90% de los fallecidos tenían 65 años y más; en Chile fue un 75% y en Argentina 69% (OMS, 2023d). Dentro de estas, las personas mayores que vivían en una residencia de larga estadía fueron uno de los grupos con mayor probabilidad de contagio y muerte (Ortega et al., 2021).

Una de las medidas sanitarias más utilizadas para prevenir la propagación del virus fue el confinamiento, regla que afectó sustancialmente a las personas mayores, sobre todo aquellas que vivían solas. En Chile, por ejemplo, durante el 2020, las personas mayores de 75 años debieron cumplir una cuarentena nacional durante alrededor de 6 meses, obligándolas a permanecer en sus domicilios, independiente de su estado de salud, sus redes de apoyo y sus necesidades específicas. A nivel nacional, esto afectó a más de un millón de personas mayores, de las cuales casi 200.000 vivían solas (CASEN 2017). El encierro y la restricción de visitas aisló a las personas mayores, dejándolas sin contacto alguno con el entorno y aumentando considerablemente su nivel de soledad (Heidinger & Richter, 2020). Más aún, durante varios meses se suspendieron las actividades sociales y comunitarias para las personas mayores, y los servicios de atención domiciliaria, en muchos casos, fueron reemplazados por llamadas telefónicas (Ortega et al., 2021).

El aislamiento y la soledad aguda tiene múltiples efectos negativos en las personas mayores, entre otros respecto al deterioro físico y cognitivo y problemas de salud mental, como ansiedad y depresión (Banerjee, 2020) (ver recuadro 5.3 en el capítulo 5 para más detalles). Un estudio en Chile da cuenta de un aumento en problemas de memoria, dolores estomacales, síntomas depresivos y de ansiedad asociados a la pandemia (Herrera et al., 2021).

2.6 ENVEJECIMIENTO EN EL LUGAR

El concepto de **envejecimiento en el lugar** (aging in place o staying put) es ampliamente utilizado en las políticas de envejecimiento en las últimas décadas y es fundamental como marco para diseñar políticas de CLD y atención domiciliaria. Este enfoque promueve que las personas mayores permanezcan en su propio hogar por el mayor tiempo posible, asegurando su autonomía y retrasando su derivación a una residencia de larga estada (Davey, 2006; Lewis & Buffel, 2020; Wiles et al., 2012). Los argumentos a favor se basan en que las personas mayores prefieren seguir viviendo en sus casas, cerca de su comunidad, familia y amigos(as) (Stones & Gullifer, 2016); lo que implicaría un mayor bienestar, integración social y sentido de pertenencia (Wiles et al., 2012).

En los últimos años, la evidencia internacional -particularmente desde la gerontología ambiental- ha mostrado que para envejecer en el lugar es fundamental disponer de un entorno, individual y colectivo, adecuado a las necesidades de las personas mayores (Caro et al., 2021; Davey, 2006; Lewis & Buffel, 2020; Wiles et al., 2012).

En primer lugar, respecto al **entorno individual**, esto supone como base mínima que la persona posea una vivienda asequible y adecuada (propia o arrendada), con un mantenimiento y renovación acorde a su edad. Considerando, por ejemplo, la eliminación de barreras u obstaculizadores para el tránsito, adición de apoyos para la movilidad, aislación acústica y térmica adecuadas, sistema de calefacción apropiado, adaptaciones del baño y la ducha, entre otros (Davey, 2006).

En segundo lugar, este enfoque enfatiza la importancia de que el **entorno colectivo** haga viable el envejecimiento en el lugar, a través de barrios inclusivos y comunidades amigables con personas mayores, contemplando tanto el entorno físico (infraestructura, transporte, vivienda, entre otros) como el entorno social (servicios de salud, cuidado comunitario, participación cívica, seguridad, entre otros) (Dahlberg, 2020; Davey, 2006; Lewis & Buffel, 2020; Wiles et al., 2012). Dado lo anterior, la OMS le ha dado prioridad a la iniciativa Ciudades Amigables con las personas mayores, que fija una serie de estándares urbanos para fomentar su inclusión; no obstante, existe escasa evidencia sobre la implementación, efectividad y sustentabilidad de esta política (Lehning & Greenfield, 2017) (ver recuadro 2.7).

Sin embargo, **¿qué tipo de lugar se requiere para envejecer con dignidad?** Existe una gran preocupación en torno a este punto, ya que los datos internacionales muestran que la mayoría de las personas mayores no contaría con una vivienda y entorno de calidad, sobre todo aquellas en situación de pobreza o vulnerabilidad, quienes no dispondrían de las condiciones mínimas para envejecer en el lugar de manera digna (Means, 2007).

La calidad del lugar afecta directamente el bienestar de la persona mayor. Primero, la situación de **precariedad de la vivienda** está asociada a múltiples efectos negativos en la salud de las personas a lo largo de su ciclo vital. Por ejemplo, estudios indican que bajas temperaturas, altos niveles de humedad y la exposición continua al moho pueden generar una serie de problemas de salud como dolor de cabeza, resfríos, gripes, dificultades respiratorias, irritación de la piel, reacciones alérgicas, infecciones del tracto respiratorio y agudizar los síntomas de asma. Estos efectos se van agregando durante la trayectoria vital de la persona, llegando a la vejez con un daño acumulativo (Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, 2021). Otros estudios enfatizan que habitar una vivienda no adecuada a las necesidades de la vejez puede causar accidentes y enfermedades que se pueden traducir en hospitalización o incluso la muerte de las personas mayores (Costa-Font et al., 2009; Thomson et al., 2002). Uno de los factores de mayor riesgo son las caídas de las personas mayores, especialmente de los mayores de 80 años (Eggert & Teubner, 2023; Gotzmeister et al., 2015).

Segundo, diversos estudios alertan sobre la falta de inclusión de los **barrios**, que estarían imponiendo barreras a las personas mayores, aislándolas en sus hogares, lo que estaría asociado a efectos negativos en su salud y bienestar (Dahlberg, 2020; Yarker & Buffel, 2022). Uno de estos obstáculos es la falta de conectividad, por ejemplo, no contar con accesos adecuados a redes de transporte y encontrarse alejado de centros de salud, el lugar de trabajo y otros servicios públicos (Rodríguez-Garcés et al., 2021). A esto se suma la mayor exposición a contaminación medioambiental y acústica en barrios con altos niveles de pobreza o vulnerabilidad socioeconómica, los que generalmente se encuentran ubicados cerca de autopistas, aeropuertos, fábricas grandes, vertederos, sitios baldíos, entre otros. Otra barrera es la falta de espacios públicos seguros y de calidad, como áreas verdes y lugares amplios para socializar, puede obstaculizar el sentido de pertenencia e integración social (Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, 2021; BID, 2020).

Las teorías sobre envejecimiento en el lugar están fuertemente vinculadas al concepto de comunidad y territorialidad, que serán abordadas en la siguiente sección.

Recuadro 2.7: Ciudades y Comunidades Amigables, una iniciativa de la OMS

La iniciativa surge en 2020 como respuesta al acelerado envejecimiento y urbanización de la población, creando la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las personas mayores (Age-friendly World). En la actualidad, participan 1.000 ciudades y comunidades alrededor del mundo, dentro de ellas está Chile.

La iniciativa busca el compromiso de las ciudades a ser más amigables con las personas mayores, alentando el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.

Esta red mundial pone a disposición de sus miembros, una plataforma que permite el intercambio de buenas prácticas, información y apoyo mutuo, entre otros.

Fuentes: (OMS, 2007, 2023a; Senama, 2023)

2.7 ENVEJECIMIENTO Y COMUNIDAD

La calidad de los sistemas de CLD está fuertemente asociada al concepto de comunidad. La literatura especializada en gerontología social destaca que las características de la comunidad en la que se desenvuelven las personas mayores tienen un impacto en su salud y bienestar. La comunidad es el contexto fundamental para promover que las personas puedan envejecer con sentido, reconocidas e integradas desde su diversidad; entendiéndola como un conjunto de experiencias individuales y subjetivas, tales como las percepciones subjetivas de las personas mayores sobre sus vecindarios y las narrativas sobre lo que la comunidad significa para ellos (Caro et al., 2021). Asimismo, la comunidad es un lugar físico, simbólico, dotado de memoria colectiva e individual, que es dinámico en el tiempo. Esta idea de comunidad permite y hace necesario comprenderla e integrarla como el contexto que rodea el ciclo vital de las personas. Pertenecer a una comunidad genera identificación, participación, integración y conexión emocional compartida (Krause Jacob, 2001).

De acuerdo a la literatura, las distintas definiciones de comunidad tienden a incluir tres ejes: redes y vínculos interpersonales fuera del hogar que proveen sociabilidad y apoyo; compartir una localidad o territorio común; y sentido de pertenencia, solidaridad y participación social. Estos tres ejes afectan el flujo de recursos a través de la conformación de redes de interacciones (Wellman & Leighton, 1979).

La distribución territorial de infraestructura pública, servicios, empleos, transporte y otros recursos configuran el mapa de oportunidades de las personas y tienen la capacidad de potenciar o de mermar su inclusión social a lo largo de la vida. Chile es un país altamente centralizado y el territorio posee inequidades en la distribución de los recursos, oportunidades y servicios. Estas desigualdades se reproducen en todos los ámbitos: economía, salud, educación, trabajo, etc., por lo que el acceso a servicios se ve restringido (Caro et al., 2021). De este modo, es fundamental el desarrollo de soluciones interseccionales integradas y ajustadas, que tengan en cuenta la diversidad y desigualdades, y que son más evidentes en el caso de las personas mayores, pues esta etapa demanda mayor integración e inclusión de los

servicios de protección social, mejor planificación y desarrollo territorial sin dejar de valorar los saberes comunitarios y culturales (Proyecto Nodo, 2021b, 2021a).

Dentro de los recursos presentes en una comunidad, se encuentran las redes informales, siendo los(as) vecinos(as), familia, amigos(as) y grupos de voluntariado parte fundamental de este tejido, mientras que las redes formales están compuestas por instituciones municipales, servicios de salud, clubes deportivos, iglesias, entre otros (Caro, Matus, Rojas, Bustamante, & Soto, 2021). En este contexto, se hace una distinción con respecto a las redes de apoyo y las redes sociales. La red de apoyo se define como el soporte al que las personas tienen acceso a través de vínculos sociales con otras personas, grupos o la comunidad en general (Guzmán et al., 2003; Lin et al., 1981). El concepto de red de apoyo está relacionado, pero no es lo mismo que la red social, que apunta a un grupo de personas que poseen vínculos comunes, ya sea de manera directa o indirecta, definidos por criterios como amistad o parentesco. Por ende, la red social provee un contexto donde el apoyo puede estar presente o ausente (Lin et al., 1981). En este sentido, es relevante analizar la calidad de las redes sociales en el caso de las personas en situación de pobreza y exclusión social, las cuales no necesariamente están en condiciones de brindar los apoyos requeridos (Mood & Jonsson, 2016). En el caso de Chile se evidencia un alto nivel de desigualdad socioeconómica en el acceso a las redes de apoyo, considerando la capacidad de movilizar redes culturales, económicas o políticas, debido a que la mayoría de estas se crean en espacios de socialización, que es profundamente segregada en el país (PNUD, 2017).

Otro aspecto a discutir es el riesgo de no avanzar en la corresponsabilidad social del cuidado, fomentando por esta vía la desigualdad de género a través de una mal interpretada perspectiva comunitaria. Como se ha señalado, buena parte del soporte para personas mayores está situada en las familias, amigos(as) y vecinos(as), principalmente mujeres, que no reciben remuneración, por lo que es importante problematizar el riesgo que el "cuidado en comunidad" sea igual a "cuidado provisto por mujeres", generando una base de trabajo no remunerado dentro del núcleo familiar (Baldock et al., 2011).

2.8. DESIGUALDAD DE GÉNERO: ENVEJECIMIENTO, POBREZA Y CUIDADO NO REMUNERADO

A nivel global, se observa una mayor exposición de las mujeres mayores de 60 años a una triple desventaja, por ingreso, sexo y edad, por lo que es fundamental incorporar el enfoque de género en el diseño e implementación de las políticas públicas de envejecimiento y CLD. En este contexto, es relevante considerar las necesidades particulares, tanto de las mujeres mayores como de los(as) cuidadores(as) no remunerados(as), que en su mayoría son mujeres.

Respecto a las **mujeres mayores**, se observa una feminización del envejecimiento a nivel mundial, debido a que las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los hombres y representan una proporción mayor en el segmento de personas mayores de 60 años. Esto es coherente con la situación nacional donde, para el periodo 2015-2020, la esperanza de vida es de 82,1 años para las mujeres y 77,3 para los hombres (Observatorio Social, 2023). Estas diferencias se agudizan en las personas de 80 años y más, donde las mujeres representan el 63,7% (CASEN 2022).

No obstante, existe una significativa desigualdad de género en la calidad del envejecimiento, evidenciándose una acumulación de daño a lo largo de la trayectoria de las mujeres, la cual debe ser comprendida dentro del marco de las diferencias de género y de clase (Torralbo & Guizardi, 2021).

En América Latina y el Caribe las mujeres presentan mayor probabilidad de tener algún nivel de dependencia durante la vejez y requerir de servicios de CLD en comparación con hombres. "Las mujeres suelen pasar más años de su vida con limitaciones funcionales que los hombres debido a las inequidades sufridas en el transcurso de la vida. Para ellas, la enfermedad ha dejado de ser un momento agudo que generalmente desembocaba en la muerte para convertirse en un estado crónico que, sin los cuidados necesarios, deteriora de manera notable la calidad de vida en la vejez" (Huenchuan, 2010, p. 25). Adicionalmente, en comparación con los hombres,

las mujeres encuentran mayores obstáculos para acceder a dichos cuidados, debido a que un segmento de ellas dedicó parte importante de su vida al cuidado de sus familiares sin remuneración alguna, por lo que poseen ingresos precarios y pensiones insuficientes (CEPAL, 2022a, 2022b).

Asimismo, las mujeres mayores tienen trayectorias laborales más inestables o nulas, menores ingresos y desprotección social. Además, al tener una mayor expectativa de vida, deben distribuir su jubilación en una mayor cantidad de años y enfrentar mayores niveles de dependencia al llegar a edades sobre los 80 años (Observatorio Envejecimiento, 2020). A esto se suma el mayor riesgo de pobreza que presentan las mujeres, en comparación con los hombres, lo cual frecuentemente se ve incrementado en la última etapa del ciclo vital (Huenchuan, 2010). En América Latina, durante 2021, un 21,8% de las mujeres mayores de 60 años no recibió ingresos propios, versus un 8,5% en el caso de los hombres en el mismo tramo etario (CEPAL, 2022a).

Respecto a los **cuidadores(as) no remunerados(as)**, la feminización del cuidado significa que las mujeres son las que mayoritariamente realizan las tareas de cuidado, tal como indica la ENDIDE 2022: un 70,5% de las personas que realizan labores de cuidado no remunerado a una persona mayor con dependencia, son mujeres, mayoritariamente de 45 a 74 años.

Los cuidados no remunerados están estrechamente relacionados con la distribución desigual del trabajo y de las tareas domésticas. Históricamente, se ha apelado a una mayor sensibilidad e “instinto maternal” de las mujeres y niñas, que las predispone “naturalmente” a la labor de cuidado. Estas nociones han tenido distintas consecuencias, entre ellas, que el trabajo de cuidado no remunerado es una práctica social realizada principalmente por mujeres y niñas a nivel mundial (Sepúlveda & Donald, 2014). En el caso de los cuidados en el envejecimiento, las mujeres, las esposas, hijas y nueras tienden a ser cuidadoras en primer lugar, lo cual se explica por división sexual del trabajo, referido a la relación que se establece a través de roles

de género diferenciados que se asignan a hombres y mujeres en cada sociedad y economía (Brunet Icart & Santamaría Velasco, 2016).

Esta mayor carga de cuidado tiene efectos negativos en la salud mental de las mujeres cuidadoras, lo que se podría explicar porque gran parte de ellas renuncia a su trabajo remunerado, reduciendo así su círculo social, pasando menos tiempo con amigos(as), y a menudo sustituyendo su tiempo libre por actividades relacionadas con cuidados. De este modo, las cuidadoras no remuneradas presentan mayores niveles de estrés y ansiedad, soledad y depresión (Galkutè & Miranda, 2022). Asimismo, las labores de cuidado también tienen efectos negativos en la salud física de las mujeres, mostrando altos niveles de fatiga crónica, problemas estomacales, así como cambio de peso más frecuente (Galkutè & Miranda, 2022).

Como se ha señalado, la sobrecarga de trabajo no remunerado de las mujeres representa un obstáculo para su plena participación en el mercado laboral (CEPAL, 2022b). Esto afecta particularmente a las mujeres con bajos ingresos, quienes tienden a desempeñar el rol de cuidadoras con recursos económicos limitados, aumentando a la vez su carga financiera por la reducción de horas de trabajo o la jubilación anticipada. Con todo, las cuidadoras no remuneradas presentan una mayor probabilidad de caer en la pobreza y requerir de ayudas sociales en las etapas posteriores de la vida (Galkutè & Miranda, 2022).

Dado lo anterior, los países deben avanzar a superar la división sexual del trabajo y la desigual organización social de los cuidados, implementar políticas y sistemas integrales de cuidado, impulsar la redistribución y el reconocimiento del trabajo de cuidados (CEPAL, 2021). Las políticas que aseguran el derecho al apoyo y cuidado requieren una profunda reorganización social y política entorno al tema en cuestión, con la participación activa del Estado, la comunidad y las instituciones públicas y privadas en la provisión de servicios, que permita superar las desigualdades socioeconómicas y los nudos estructurales de la desigualdad de género (CEPAL, 2022b).

2.9 SÍNTESIS

En este capítulo se analizaron distintos conceptos y antecedentes sobre el proceso de envejecimiento de la población y las necesidades de las personas mayores para envejecer y morir con dignidad. Este marco es fundamental para comprender cómo se articulan el diseño y la implementación del sistema de CLD y los servicios de atención domiciliaria dentro de un sistema de protección social.

A continuación, se sintetizan las principales ideas fuerza de este apartado:

- **Envejecimiento a nivel mundial.** El envejecimiento de la población es el aumento de la proporción de personas de 60 años y más respecto del total de la población. Existen tres factores principales que explican el envejecimiento: la disminución de la mortalidad, el incremento de la esperanza de vida y la baja en las tasas de natalidad.
- **Envejecer y morir en pobreza.** La pobreza es una vulneración grave a los derechos humanos. Sin embargo, la pobreza monetaria y multidimensional de las personas mayores es aún un fenómeno extendido en el continente y en Chile. El enfoque curso de vida permite estudiar la trayectoria de las personas mayores, incorporando las múltiples desventajas a las que han sido expuestas a lo largo de su vida y el daño acumulativo que esto significa.
- **Derechos de personas mayores.** Uno de los aportes más relevantes de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores es la prohibición de la discriminación por edad de las personas mayores de 60 años; es decir cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el

reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

- **Sistemas de CLD.** A pesar de que no todas las personas mayores requerirán de servicios de cuidados de largo plazo, el aumento de la población de 60 años y más representa un reto en materia de cuidados y dependencia. La esperanza de vida en América Latina ha aumentado, pero sin que su población experimente las mismas mejoras en cuanto a la calidad de vida y nutrición que las economías avanzadas. Los(as) habitantes de la región son más propensos(as) a la obesidad, hipertensión, artritis y colesterol alto, lo que aumenta la probabilidad de envejecimiento temprano y la necesidad de cuidado. Esto se ve acrecentado en personas mayores con trayectorias de pobreza y exclusión social. Paralelamente, cada vez hay menos personas, particularmente mujeres, dispuestas a realizar labores de cuidado no remunerado. Todo lo anterior se traduce en una crisis de los cuidados, por lo que es fundamental crear sistemas nacionales de CLD.

- **Sistemas de protección social.** El envejecimiento de la población desafía a los países a garantizar sistemas de protección social que sustentan la calidad de vida de las personas mayores, dado que reduce la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones, ejerce presión en los sistemas de salud y aumenta la demanda de servicios de cuidado de larga duración. Estos retos son aún más preocupantes en América Latina y el Caribe, donde el empleo informal está muy extendido y la seguridad social y los servicios públicos son escasos, están fragmentados y, en algunos casos, carecen de financiamiento.

- **Envejecimiento en el lugar.** Este concepto enfatiza la importancia de apoyar a las personas mayores a permanecer en su propio hogar por el mayor tiempo posible, asegurando su autonomía y retrasando su derivación a una residencia de larga estadía. Los argumentos a favor se basan en que las personas mayores prefieren seguir viviendo en sus casas, cerca de su comunidad, familia y amigos(as); lo que implicaría un mayor bienestar, integración social y sentido de pertenencia. Sin embargo, es fundamental considerar las desigualdades que existen en las viviendas y entornos en que viven las personas mayores, asegurando condiciones mínimas para envejecer en el lugar con dignidad, con especial atención en las personas mayores en situación de pobreza y exclusión social.

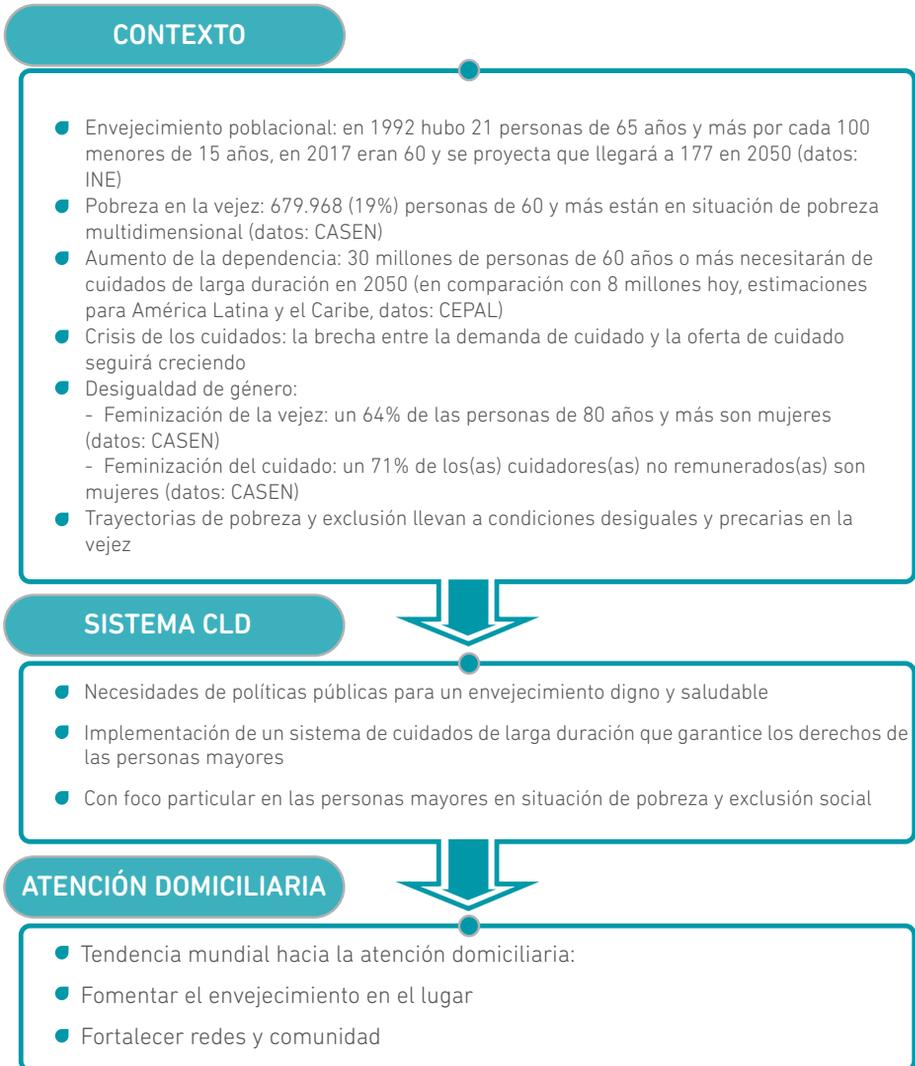
- **Rol de la comunidad.** La comunidad es fuente fundamental de redes de apoyo para las personas mayores, especialmente para aquellas con algún nivel de dependencia. Estas contemplan las redes informales (vecinos(as), familia, amigos(as) y voluntariado) y las redes formales (instituciones municipales, junta de vecinos, iglesias, entre otros). No obstante, la calidad de las redes apoyo se distribuye de manera desigual, dejando a las personas en situación de pobreza en clara desventaja.

- **Feminización de la vejez y del cuidado.** Es fundamental incorporar el enfoque de género en las políticas públicas enfocadas en las personas mayores, principalmente por dos razones: la feminización del envejecimiento y una mayor carga de los cuidados no remunerados en las mujeres.

Estos conceptos están interrelacionados entre sí, demostrando que es fundamental analizar la situación de las personas mayores desde una mirada holística. Por ejemplo, el enfoque de curso de vida está estrechamente ligado con el enfoque de género, ya que son las

trayectorias de discriminación de género que viven la mayoría de las mujeres las que llevarían a tener mayor probabilidad de envejecer en contextos de pobreza y exclusión, mayores niveles de dependencia y, por ende, requerir servicios de cuidado. Es fundamental tener en cuenta estos antecedentes al momento de diseñar e implementar sistemas y servicios de CLD.

Figura 2.3: Síntesis de marco conceptual y antecedentes



Fuente: elaboración propia en base a los hallazgos del capítulo 2.





**CUIDADO DE LARGA DURACIÓN EN
CHILE: UNA MIRADA PARTICULAR A
LA ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA
PERSONAS MAYORES**

03

Como se señaló anteriormente, es urgente que los países de América Latina y el Caribe instauren políticas de Cuidado de Larga Duración (CLD) para las personas mayores, de modo de responder oportunamente al acelerado proceso de envejecimiento de la población y al incremento de los niveles de dependencia que este trae aparejado. Es importante recordar que, a pesar de que no todas las personas mayores requerirán de servicios de CLD, el rápido aumento en la proporción de personas mayores con dependencia representa un reto en materia de cuidados, pues la demanda de servicios de apoyo, acompañamiento y cuidados especializados se está incrementando y lo seguirá haciendo en el futuro. Se estima que en América Latina y el Caribe el número de personas mayores de 60 años que necesitarán de servicios de CLD se triplicará en las próximas tres décadas, de alrededor de 8 millones a 30 millones en 2050 (CEPAL, 2022a).

En el caso de Chile, 798.282 de las personas mayores (22,2%) tienen dependencia funcional en cualquiera de sus grados (ENDIDE 2022) y un gran porcentaje de las personas mayores presentan coexistencia de dos o más enfermedades crónicas (multimorbilidad); condición que incrementa la demanda de servicios de CLD y costos de salud asociados (Leiva et al., 2020). Además, el índice de dependencia en Chile indica que hacia el 2020 existían 4,2 personas mayores dependientes por cada 100 personas no dependientes y se estima que esta cifra aumentará a 12,7 en 2050 (Molina et al., 2020, p.7). El riesgo a la dependencia en la vejez es más prevalente aún para personas que viven (o han vivido) en situación de pobreza o vulnerabilidad. Esto se muestra por ejemplo en datos de la ENDIDE 2022: en el primer quintil de ingresos autónomos, un 27,6% de las personas mayores está clasificado como dependiente funcional², en comparación con un 12% del quintil más alto.

Estos datos muestran que se hace cada vez más urgente implementar políticas que apunten, al menos, a dos ámbitos: por un lado, la prevención de la dependencia; y, por otro lado, la instalación de un sistema nacional de cuidado y apoyo de larga duración que dé respuestas a las necesidades de promover la funcionalidad, movilidad y autonomía de las personas mayores con algún grado de dependencia. Estas políticas deben tener en

² Dependencia funcional: cuando una persona a) tiene dificultades extremas o imposibilidad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, o b) recibe ayuda con alta frecuencia, o c) tiene dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos instrumentales.

consideración las necesidades particulares de las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad.

A pesar de que Chile no cuenta formalmente con un sistema CLD, el objetivo de este capítulo es entregar un resumen de la oferta de política pública nacional para la prevención y atención de las personas mayores con dependencia. Para esto, en primer lugar, se presentará un breve marco normativo (3.1); en segundo lugar, se detallarán políticas y programas de envejecimiento que tratan de promover la salud de las personas y evitar la dependencia en la vejez, poniendo particular énfasis en los ámbitos de salud y vivienda (3.2); tercero, se indagará sobre las políticas y programas de cuidado y apoyo de larga duración para personas mayores en el país, con especial énfasis en los servicios de atención domiciliaria (3.3); terminando el capítulo con una síntesis de lo analizado (3.4).

3.1 MARCO NORMATIVO EN CHILE

La actual Constitución chilena no cuenta con un reconocimiento explícito de los derechos de las personas mayores, ni de las personas mayores con algún grado de dependencia (Matus López, 2021b). En 2017, Chile ratificó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que otorga protección universal a la población mayor; sin embargo, al no existir una ley nacional específica que norme estas materias, estos derechos no cuentan con mecanismos de exigibilidad. Algunas iniciativas legislativas aprobadas durante los últimos años proporcionan directa o indirectamente apoyos a la atención y promoción de los derechos de las personas mayores; por ejemplo: las modificaciones al sistema previsional, reformas al sistema de salud, o la creación del Servicio Nacional para el Adulto Mayor (Senama) (ver figura 3.1).

En 2009, se creó el Sistema Intersectorial de Protección Social, que contiene al subsistema de Protección y Promoción Social Seguridades y Oportunidades y al subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, con la posibilidad de crear nuevos subsistemas conforme a la ley. Durante el segundo gobierno de Michelle Bachelet se hizo un piloto para crear un Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) para responder a las necesidades de las personas con dependencia. No obstante, a pesar de los avances, aún no se ha promulgado una ley que entregue institucionalidad y

presupuesto a este subsistema ni que reconozca e integre en un solo corpus normativo la promoción de la autonomía y el derecho al cuidado de las personas mayores. Dicho reconocimiento implicaría modificar y actualizar la ley que crea el Senama, adecuándola a una perspectiva basada en un enfoque de derechos (Acosta et al., 2018)³.

Figura 3.1: Leyes y tratados internacionales sobre los derechos de las personas mayores vigentes en Chile

Año	Ley	Descripción
2002	19.828	Creación del Servicio Nacional para el Adulto Mayor (Senama)
2004	19.966	Reforma del sistema de salud, estableciendo un régimen de garantías en salud
2008	20.255	Reforma del sistema previsional
2010	20.422	Establecimiento normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad
2010	20.427	Modificación del código existente sobre violencia intrafamiliar, incluyendo como víctima específica de maltrato a la persona mayor, y las diferentes formas de maltrato a las personas mayores
2012	20.595	Creación de subsistema de Protección y Promoción Social denominado Seguridades y Oportunidades
2015		Suscripción de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores
2017		Ratificación de la Convención ante la Organización de Estados Americanos (OEA)
2019	21.168	Modificación a la ley N°20.584, agregándole el derecho a la atención preferente para personas mayores como también a personas con discapacidad
2022	21.419	Implementación de la Pensión Garantizada Universal (PGU)

Fuente: Elaboración propia en base a las leyes citadas

³ Actualmente, se está discutiendo en el Congreso Nacional el proyecto de Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable, la cual promueve el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores y el fortalecimiento de la institucionalidad de la persona mayor. Fuente: Elaboración propia en base a las leyes citadas.

3.2 POLÍTICAS DE ENVEJECIMIENTO PARA PREVENIR LA DEPENDENCIA

La evolución demográfica muestra que Chile no dispone de mucho tiempo para diseñar y desplegar una estrategia integral para la prevención de la dependencia antes de que las necesidades se vuelvan apremiantes (Villalobos, 2017). Sin embargo, tal como en otros países de la región, en Chile las personas mayores y el proceso de envejecimiento tardaron en convertirse en un tema de interés prioritario para el Estado. Hasta los años ochenta, iniciativas para las personas mayores estaban casi exclusivamente en manos de organizaciones de la sociedad civil o relacionadas a la Iglesia (Calvo et al., 2018). En los últimos años, Chile ha ido adoptando algunas prácticas y recomendaciones internacionales sobre políticas de envejecimiento, transitando desde finales de los años noventa de un enfoque asistencialista hacia un enfoque de derechos con una protección social más amplia (Calvo, 2013). Aun así, la política pública de envejecimiento todavía es insuficiente en Chile, tanto en términos del impacto, como de alcance de los servicios, en comparación con las recomendaciones y estándares establecidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (ver capítulo 2). En 2012 se generó un plan de Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, para coordinar transversal e interministerialmente las diferentes acciones y programas para las personas mayores, pero este plan no ha mostrado avances significativos en la materia (Calvo et al., 2018; Senama, 2012b) (ver detalles en el recuadro 3.1).

Chile cuenta con una oferta de múltiples servicios y programas de envejecimiento que está poco articulada. En la actualidad, en el país se registran más de 70 programas focalizados en las personas mayores que se distribuyen en 14 ministerios (Senama, 2021b) (ver Anexo 1 con listado detallado). Según estudios nacionales, estos programas cuentan con bajos recursos, están fragmentados en diversas dependencias gubernamentales y tienen servicios duplicados, lo que se traduce en una excesiva burocracia e ineficiencia de recursos del Estado, que dificulta la entrega de un beneficio significativo en el usuario final (Acosta & Picasso, 2019; Caro et al., 2021; Matus-López & Pedraza, 2014; Molina et al., 2020). Además, es difícil conocer el verdadero impacto de estos programas, ya que existen escasas evaluaciones de los resultados sociosanitarios de estos programas en la población objetivo (Leiva et al., 2020).

3.2.1 Prevención de la dependencia dentro del ámbito de salud

Como se explicó en el capítulo 2, la calidad de la salud en la trayectoria vital está asociada con el estado de salud en la vejez y el nivel de dependencia en este tramo etario. Asimismo, es importante considerar que las personas mayores en situación de pobreza o vulnerabilidad tienden a llegar a la vejez en peores condiciones de salud. Por lo tanto, es fundamental revisar la oferta del sistema de salud en Chile, como base para la prevención de la dependencia.

Dentro del sistema de salud, el Minsal ha dispuesto varios beneficios, programas y prestaciones especiales para las personas mayores que tratan de promover su salud y la detección temprana de enfermedades. A continuación, se realizará una breve descripción de estos servicios.

Entre ellos, destacan la eliminación del copago en los servicios públicos de salud para personas de 60 años y más y la atención preferente en los centros de salud (Senama, 2021b, p. 34). Adicionalmente, las personas mayores son beneficiarias prioritarias del programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), ya que además de asegurar el tratamiento de ciertas enfermedades sin copago a toda la población, cubre algunas patologías específicas de alta prevalencia entre las personas mayores, como por ejemplo Alzheimer u otras demencias. En total, de las 85 enfermedades que cubre el GES, 70 afectan directamente a las personas mayores, siendo seis de ellas exclusivas a este grupo poblacional (Molina et al., 2020; Senama, 2021b). Algunos de estos beneficios tienen ciertos requisitos en términos de ingresos o edad. Esta focalización conlleva una vulneración de derechos de acuerdo a los compromisos establecidos por Chile con la ratificación de la Convención Interamericana de Derechos de las Personas Mayores. En este sentido, el Estado debe avanzar en que las garantías en salud en esta población sean de carácter universal.

Además, existen diversos programas específicos para prevenir la dependencia y mantener la funcionalidad, en muchos casos focalizados en las personas de bajos niveles socioeconómicos. Entre ellos destacan el Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor para detectar enfermedades y factores de riesgo de manera temprana; el Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor que permite clasificar el grado de funcionalidad de

las personas; el programa Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), que busca disminuir el déficit de los nutrientes críticos y deterioro del estado nutricional de la población mayor; el programa Más Adultos Mayores Autovalentes, el cual se dirige a los mayores de 65 años beneficiarios(as) de Fonasa que están inscritos en un centro de salud (Minsal, 2016). Sin embargo, estos programas tienen una baja cobertura y cuentan con escasas evaluaciones de sus procesos y resultados sanitarios, lo que hace difícil medir su impacto en el bienestar de las personas mayores y su efectividad en la prevención de la dependencia (Leiva et al., 2020; Mascayano & Gajardo, 2018). Por ejemplo, el programa PACAM cubre alrededor del 50% de la población objetivo y la Dipres lo situó en un nivel de desempeño bajo, con problemas tanto en cobertura y focalización, como en eficiencia y eficacia (Dipres, 2022l).

Respecto a la atención sanitaria en el domicilio, la oferta contempla al programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y el programa Hospitalización Domiciliaria. Ambos dependen del Minsal y no tienen un foco particular en las personas mayores, pero la gran mayoría de los(as) beneficiarios(as) son mayores de 60 años. En primer lugar, el programa Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa ofrece aproximadamente cinco visitas anuales donde se entregan servicios sanitarios integrales y once visitas anuales donde se entregan tratamientos y procedimientos. En 2022, llegó a cerca de 8.000 personas con un gasto per cápita de \$91.200 anual (Dipres, 2017, 2022a; Molina et al., 2020) (ver más detalles en la figura 3.2 al final de la sección 3.2). En segundo lugar, el programa Hospitalización Domiciliaria se dirige a pacientes de Fonasa con diagnóstico médico definido y es una alternativa a la hospitalización tradicional, donde la persona recibe atención domiciliaria similar a la otorgada en el hospital (tanto en calidad como en cantidad). El año 2021, llegó a aproximadamente 100.000 personas, de una población potencial de más de 134.000 personas (Dipres, 2022h).

Adicionalmente, también dependiendo del Minsal, la oferta programática incluye a los Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia. Estos son parte del Plan Nacional de Demencia que se inició en 2017, buscando mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y su cuidador(a) familiar y su acceso a la red sanitaria (Dipres, 2022i). Se realizan actividades para atenuar el deterioro cognitivo, mantener la funcionalidad

y promover su integración social, además de intervenciones grupales y familiares, capacitaciones para los(as) cuidadores(as), entre otras. En 2022, los centros comunitarios beneficiaron a 3.006 personas de una población objetivo de 3.600 (Dipres, 2022b; Molina et al., 2020).

Estos programas del Minsal tienen un bajo presupuesto total y per cápita, el cual no necesariamente logra entregar la atención requerida por la persona mayor. Relacionado con eso, en la mayoría de los casos, los programas tienen un alcance limitado y llegan a una población muy reducida. Además, se critica la falta de articulación con otros programas, por ejemplo, debido a la carencia de protocolos que aseguren la complementariedad de los servicios, lo cual produce el riesgo de duplicidad de servicios y la sobre intervención (Rosales et al., 2020).

Recuadro 3.1: Política Integral del Envejecimiento Positivo

El Senama tiene una Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, orientada a la creación de entornos favorables para una mejor calidad de vida que fomente la autonomía e independencia de las personas mayores (Senama, s. f., 2012a). Esta busca enfrentar las necesidades específicas de las personas mayores a través de programas intersectoriales a cargo de distintos ministerios y servicios (por ejemplo, salud, desarrollo social, transporte, etc.) que se agrupan en un comité interministerial. Esto implica un enfoque transversal en todas las políticas públicas y programas de envejecimiento, considerando cuatro pilares de envejecimiento: saludable, seguro, institucional y participativo, cuyas líneas de acción son intersectoriales bajo la responsabilidad de distintos organismos del Estado (Senama, s. f., 2012a). La protección social de las personas mayores ha sido el foco de la política y concentra la mayor cantidad de programas ejecutados (Calvo, 2013; Leiva et al., 2020).

La implementación de la Política Integral de Envejecimiento Positivo es un paso importante para un envejecimiento de calidad. Aun así, hay una falta de monitoreo y evaluaciones que permiten ver con claridad el impacto que ha tenido sobre las personas mayores y la sociedad; además de tener una baja inversión en el ámbito de salud, por ejemplo, en la formación de especialistas en geriatría (Leiva et al., 2020; Mascayano & Gajardo, 2018).

3.2.2 Prevención de la dependencia dentro del ámbito de barrio y vivienda

Para tener una vejez digna y autónoma también es necesario contar con un espacio físico adecuado; por lo tanto, es relevante considerar en las políticas públicas, por un lado, la misma vivienda de las personas, en términos de calidad, accesibilidad para personas con movilidad reducida; y, por otro lado, es fundamental evaluar el barrio donde vive una persona, por ejemplo la existencia de vías peatonales planas y anchas, áreas verdes y espacios comunes de calidad, cercanía de infraestructura como supermercados, farmacias, centros médicos o transporte público (OMS, 2023a).

Como se señaló anteriormente en el capítulo 2, las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad tienen una mayor probabilidad de vivir en viviendas y barrios precarios. Si bien esto constituye una característica estructurante del proceso de segmentación territorial, especialmente evidente en las grandes urbes, su manifestación se hace más crítica y compleja para el caso de personas mayores, ya que agudiza sus dificultades de movilidad, obstaculiza la atención médica oportuna, restringe su inclusión en programas de participación local y utilización de espacios comunitarios (Rodríguez-Garcés et al., 2021).

Un estudio sostiene que, si bien gran parte de las personas mayores en Chile son propietarias de su vivienda, una proporción significativa de estas no contaría con adecuadas condiciones de habitabilidad, en términos de espacio, privacidad o seguridad material (Rodríguez-Garcés et al., 2021). Los datos de la ENDIDE 2022 confirman esa problemática, demostrando que los hogares con presencia de personas de 60 años y más viven más lejos de servicios importantes de infraestructura (como paraderos de transporte público, supermercados o almacenes, farmacias, centros de salud, entre otros) que hogares sin personas mayores. En zonas rurales y periféricas, este problema es más grave aún, al igual que para personas mayores que viven en situación de pobreza. Esto se profundizará en el capítulo 4 del presente libro.

En este sentido, un ejemplo de iniciativa para mejorar el **entorno** de las personas mayores es el programa Comunas Amigables para las personas

mayores que se creó como parte de la iniciativa internacional de la OMS (ver recuadro 2.7 en capítulo 2). Su objetivo es disminuir las barreras físicas, de actitud y comunicación, a las cuales se ven enfrentadas las personas mayores en su entorno local, permitiéndoles envejecer activamente (OMS, 2007, 2023a). En la actualidad, 209 de las 346 comunas en Chile son parte de esta iniciativa. Los responsables para su adhesión son los municipios los cuales pueden solicitar apoyo a Senama para este proceso (Senama, 2023). Con su inscripción se comprometen a instalar ciclos de mejora continua que implican el diagnóstico participativo para determinar las necesidades de las personas mayores, la elaboración e implementación de planes de acción y su evaluación. Para lograr su objetivo, el programa proporciona: (i) acciones de información y promoción de la iniciativa Ciudades amigables; (ii) acompañamiento técnico a municipios en el ciclo de mejora continua; (iii) fondos de mejora local (OMS, 2007, 2023a; Senama, 2023). En el año 2022, el programa benefició a 9.500 personas, de una población objetivo de 90.885 y un gasto anual per cápita de \$48.800 (Dipres, 2022d). Sin embargo, faltan evaluaciones detalladas de la iniciativa que den cuenta del impacto real en la calidad de vida de las personas mayores.

Respecto a la **vivienda** de las personas mayores, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo tiene una serie de subsidios destinados a los segmentos más vulnerables de la población, para que puedan comprar, construir, arrendar o reparar una vivienda. Estos subsidios son focalizados y no son una garantía del Estado, lo cual genera brechas de acceso e implementación. Además, no han sido diseñados para las características y necesidades específicas de las personas mayores; sin embargo, los programas entregan ciertas facilidades de postulación de personas de 60 años y más. Por ejemplo, las personas mayores tienen puntaje adicional como postulantes y no se les exige tener ahorros ni un núcleo familiar cuando pertenezcan al 40% más vulnerable. No obstante, estos programas tienen un alcance limitado, llegando, por ejemplo, el programa subsidio para el arriendo a 16.000 hogares y/o familias en el año 2022, de un total de más de 900.000 posibles beneficiarios(as); incluyendo hogares con personas mayores (Asesoría para el Desarrollo, 2019; Dipres, 2022k).

Otro ejemplo, es el programa Condominio de Viviendas Tuteladas que se inició en 2010 y fue explícitamente diseñado para personas mayores. Son conjuntos habitacionales de viviendas individuales para personas de 60 años y más que son autovalentes y están en situación de vulnerabilidad. Tiene como requisito una pensión que permita cubrir los gastos de alimentación, servicios básicos de la vivienda u otra necesidad que sea requerida, por lo que resulta ser un programa residencial con mayor eficiencia, ya que permite envejecer en el lugar con apoyos (\$939.000 anual per cápita en 2022) (Dipres, 2022e). Las viviendas son asignadas en comodato con el objetivo de que las personas mayores accedan a viviendas adecuadas a sus necesidades y a servicios de apoyo psicosocial y sociocomunitario. Este programa cuenta con 55 condominios a nivel nacional, los cuales se componen de entre 8 hasta más de 40 viviendas. En total, en el año 2022, beneficia a alrededor de 1.100 personas mayores, lo que resulta ser una cobertura muy baja a nivel nacional (Daigre & Fernández, 2015; Dipres, 2022e)⁴. Ampliar el alcance de este tipo de programas podría tener resultados positivos para las personas mayores (Fernández et al., 2023). En la misma línea, un estudio afirma que particularmente las viviendas en condominio son percibidas como un espacio protegido, donde la persona mayor puede generar nuevos vínculos con vecinos(as) de edades, intereses, cultura e historia similares (Torres et al., 2008).

Estos programas de las áreas de salud y vivienda son solo una selección dentro de los ámbitos más relevantes que hay para prevenir la dependencia y reducir el riesgo de necesitar cuidados de larga duración en algún momento de la vida. Sin embargo, los programas descritos en esta sección dan cuenta de lo fragmentada y limitada que es la oferta nacional al respecto. Hace falta una estrategia coordinada e integral que promueva la salud de las personas, evita la dependencia en la vejez y, finalmente, ayuda a que cada persona pueda envejecer de forma saludable y digna en su entorno (Matus López, 2021b; Quezada, Daniela; Sepúlveda, 2018; Thumala et al., 2017; Villalobos Dintrans et al., 2023). La figura 3.2 da un resumen de los programas más importantes mencionados en el capítulo, que tienen un foco en la prevención de la dependencia.

⁴ <https://www.senama.gob.cl/condominios-de-viviendas-tuteladas>

Figura 3.2: Selección de programas de salud y vivienda para prevenir la dependencia en la vejez en Chile

Programa	Población objetivo	Descripción	Cobertura y gastos	Referencias
Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	Personas de todas las edades que son beneficiarias de Fonasa y tienen dependencia severa (según índice de Barthel o certificado médico) y su cuidador(a)	<p>Objetivo: Entregar atención integral a domicilio en el ámbito físico, emocional y social, para mantener o mejorar la calidad de vida</p> <p>Responsable: Servicio o Institución pública, Municipio, financiado por Minsal</p> <p>Servicios: Visitas domiciliarias de atenciones de salud integrales; transferencia monetaria al(la) cuidador(a) informal (\$32.991 en 2023)</p>	<p>Cobertura, 2022: 7.977 personas (población objetivo: 7.750)</p> <p>Gasto ejecutado, 2022: -total: \$727.466.000 -por persona: \$91.200</p>	(Dipres, 2017, 2022a; Molina et al., 2020)
Hospitalización Domiciliaria	Personas de todas las edades que tienen Fonasa y requerimientos de cuidados de nivel básico	<p>Objetivo: Entregar atención sanitaria en el entorno sociofamiliar</p> <p>Responsable: Minsal</p> <p>Servicios: atención sanitaria</p>	<p>Cobertura, 2021: 100.395 personas (población objetivo: 134.333)</p> <p>Gasto ejecutado, 2021: total: \$4.675.354.000 -por persona: \$46.600</p>	(Dipres, 2022h)

Programa	Población objetivo	Descripción	Cobertura y gastos	Referencias
<p>Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia</p> <p>(Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia)</p>	<p>Personas de 60 años y más con demencia leve o moderada, beneficiarias de Fonasa</p>	<p>Objetivo: Aumentar el acceso a la red sanitaria de especialidad en demencia</p> <p>Responsable: municipio o gobierno provincial, financiados por Minsal</p> <p>Servicios: evaluación geriátrica integral, actividades para atenuar el deterioro cognitivo, mantener la funcionalidad y promover la integración social, visitas domiciliarias, actividades comunitarias, capacitación y transferencia monetaria al cuidador, etc.</p>	<p>Cobertura, 2022</p> <p>3.006 personas (población objetivo: 3.600)</p> <p>Gasto ejecutado, 2022:</p> <p>-total: \$3.645.776.000</p> <p>-por persona: \$1.212.800</p>	<p>(Dipres, 2022b; Molina et al., 2020)</p>
<p>Condominio de Viviendas Tuteladas</p>	<p>Personas de 60 años y más que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autovalentes, sin enfermedad que requiera atención en hospital - dentro de los 60% más vulnerables, según RSH - sin red de apoyo, pero con familiar que lo represente - con pensión para pagar alimentos y servicios básicos 	<p>Objetivo: entregar una solución habitacional y servicios de apoyo psicosocial y comunitario a la población objetivo</p> <p>Responsable: se ejecuta por terceros (municipio, institución pública, organismo privado sin fines de lucro), financiado por Senama</p> <p>Servicios: apoyo social y de cuidado, basados en un plan de intervención comunitario</p>	<p>Cobertura, 2022</p> <p>1.111 personas (población objetivo: 405.100)</p> <p>Gasto ejecutado, 2022:</p> <p>-total: \$1.042.961.000</p> <p>-por persona: \$938.800</p>	<p>(Dipres, 2022e; Senama, 2023)</p>

Programa	Población objetivo	Descripción	Cobertura y gastos	Referencias
Comunas Amigables	Personas mayores de 60 años	<p>Objetivo: disminuir las barreras físicas, de actitud y comunicación del entorno local</p> <p>Responsable: Senama, junto a municipios</p> <p>Servicios: información y promoción de Ciudades Amigables; fondos de mejora local; apoyo de municipios en el ciclo de mejora continua</p>	<p>Cobertura, 2022</p> <p>9.510 personas (población objetivo: 90.885)</p> <p>Gasto ejecutado, 2022:</p> <p>-total:</p> <p>\$463.968.000</p> <p>-por persona:</p> <p>\$48.800</p>	(Dipres, 2022d; OMS, 2023a; Senama, 2023)

Fuente: Elaboración propia en base a las leyes citadas

Recuadro 3.2: Redes de apoyo y envejecimiento en Chile

Es importante indagar sobre el rol de la comunidad en la efectiva inclusión de las personas en Chile. Un estudio realizado en el país identificó las barreras asociadas a la construcción de redes de apoyo en el territorio. La muestra estuvo compuesta por 12 comunas rurales y urbanas, divididas en tres macrozonas: norte, centro y sur. Algunos de los obstáculos identificados por las propias personas mayores son los siguientes (Caro et al., 2021):

Organizaciones sociales:

- Falta de espacios e infraestructura propia para que las personas mayores realicen sus encuentros y reuniones, como clubes de adulto mayor o sedes sociales de la junta de vecinos.
- Desarticulación entre las organizaciones de personas mayores y las instituciones locales, especialmente con los municipios y servicios de salud.
- Falta de actividades de convocatoria y asistencia abierta a las personas mayores, que ha impedido el acceso igualitario a la participación social.

Características y conectividad del territorio:

- Falta de conectividad telefónica, digital y radial.
- Insuficiente conectividad vial y de transporte, especialmente en las comunas rurales.
- Aislamiento de las personas mayores debido a las características del territorio.
- Deficiente calidad del entorno barrial y de la infraestructura vial, tales como, falta de iluminación, calles y veredas en mal estado.

Características sociales de las personas mayores:

- Baja alfabetización digital que genera una brecha en las personas mayores
- Desconocimiento y escasa información disponible sobre las redes formales de apoyo.

Sociedad y familia:

- Falta de empatía y reconocimiento de la sociedad sobre el espacio que consideran debieran tener las personas mayores.
- Hechos de discriminación solo por pertenecer a este grupo etario.

Institucionalidad:

- Complejidad que implican los procesos de postulación a beneficios y proyectos del Estado.
- Falta de recursos humanos y programas exclusivos que atiendan las necesidades específicas de las personas mayores.
- Focalización de los recursos y atenciones solo en zonas urbanas, sin tomar en consideración el contexto único y las necesidades específicas de las personas mayores rurales.

Las mujeres mayores emergen como actores postergados del desarrollo sostenible en las comunas de estudio. Deben ser incorporadas a las estrategias del progreso local, tanto en comunidades urbanas como rurales, especialmente a través de espacios intergeneracionales, donde puedan compartir sus experiencias y trayectorias de vida con mujeres de todas las edades. Y donde se generen espacios de aprendizaje recíproco, que permitan en las más jóvenes, valorar el patrimonio de las mujeres y su aporte al desarrollo del país.

3.3 POLÍTICAS DE CUIDADO DE LARGA DURACIÓN PARA PERSONAS MAYORES EN CHILE

Tal como se mencionó en el marco conceptual de este libro, los CLD se definen como el amplio rango de servicios y asistencia para las personas con dependencia que tienen dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria -como alimentarse, bañarse o vestirse- de forma permanente o por un largo periodo de tiempo (Matus López, 2015).

En Chile, todavía no hay un sistema nacional de CLD que ofrezca servicios integrales y de calidad a todas las personas que los requieran (ver la información sobre el piloto que buscó crear un Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) en el recuadro 3.3). Sin embargo, existen varios programas que entregan servicios de CLD, tanto de forma residencial como ambulatoria, a la persona con dependencia y su cuidador(a) no remunerado(a) (Fernández et al., 2023). Actualmente, se está discutiendo la implementación del Sistema Nacional de Cuidados en Chile, que se dirigirá a menores de edad, personas mayores y personas de cualquier edad con dependencia, como uno de compromisos prioritarios del programa de gobierno del Presidente Boric. Este sistema busca basarse en las políticas públicas existentes en Chile, construyendo una base, que pretende aumentar la cobertura actual y crear nuevos programas, beneficios y prestaciones de manera intersectorial e integrada⁵.

El siguiente subcapítulo presenta cuatro tipos de servicios de CLD para personas mayores, con algún nivel de dependencia, actualmente existentes en Chile. Para empezar, se describen brevemente los dispositivos residenciales (3.3.1) y los centros diurnos (3.3.2), que no son materia de este estudio, pero que son importantes de tener en cuenta como parte de los servicios de CLD. Posteriormente, se profundiza con más detalle en los diferentes programas de atención domiciliaria que, bajo el enfoque de envejecimiento positivo y autónomo, han ganado más importancia en

⁵ Al momento de redactar este libro, se estaba discutiendo la ley de presupuesto del sistema. Informaciones generales respecto a la propuesta de política pública se encuentran en <https://chilecuida.cl/> y [66](https://www.gob.cl/noticias/asi-funcionara-el-sistema-nacional-de-cuidados-anunciado-por-el-presidente-boric/#:~:text=As%C3%AD%20funcionar%C3%A1%20el%20Sistema%20Nacional%20de%20Cuidados%20anunciado,Registro%20de%20Personas%20Cuidadoras%2C%20entre%20muchas%20otras%20medidas. Algunas reflexiones respecto a la propuesta del Sistema Nacional de Cuidados en Chile en: MDSF (2023) y Fernández et al. (2023).</p></div><div data-bbox=)

la política pública durante los últimos años (3.3.3). Por último, se analizan los diferentes beneficios que apoyan la labor de los(as) cuidadores(as) no remunerados(as) de personas mayores, principalmente mujeres (3.3.4).

Recuadro 3.3: Piloto para crear un Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)

En 2017 se implementó el piloto del denominado Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Chile Cuida (SNAC) para apoyar a las personas con dependencia y sus cuidadores(as)¹ que pertenecen a hogares en situación de vulnerabilidad. La intención inicial del SNAC fue transformarse en el tercer subsistema de protección social en Chile (junto al Subsistema Seguridad y Oportunidades, orientado a la reducción de la pobreza y pobreza extrema; y al subsistema Chile Crece Contigo, enfocado en la protección de la infancia). En 2022, se firmó el decreto para crear el SNAC², pero por múltiples razones, por temas administrativos y presupuestarios, su tramitación está aún en la Dipres. Esto significa que todavía no se puede considerar una política nacional de CLD, sino que un programa del MDSF que entrega ciertos tipos de servicios.

El programa Red Local de Apoyos y Cuidados es el programa eje que articula los servicios y prestaciones sociales del SNAC. En conjunto con la persona con dependencia y su familia se desarrolla un plan de cuidados personalizados, con el cual se decide la derivación a la oferta especializada existente en la comuna (cuidados domiciliarios, centros diurnos, residencias, apoyo para la adquisición de ayudas técnicas, capacitación de cuidadores(as), orientación, servicios de respiro, etc.). En el caso en que se detecten necesidades que no puedan ser cubiertas con la oferta existente en la comuna, el MDSF destina recursos económicos para la oferta de servicios especializados en cada comuna (por ejemplo, adaptaciones a la vivienda, gestión de trámites, servicios de transporte, etc.) (MDSF, 2021; Molina et al., 2020; Rosales et al., 2020).

El SNAC actualmente está reducido al programa Red Local de Apoyos y Cuidados, en el cual participan municipalidades de solo 90 comunas de un total de 346 comunas del país y según la meta propuesta al iniciar el SNAC, en 2028 se debería llegar a la totalidad del territorio nacional que cuente con población objetivo (MDSF, 2021). Dentro de esas 90 comunas que actualmente forman parte del SNAC, en 2022 se llega a un total de 5.430 personas, lo que significa una cobertura nacional de 0,8% y muestra que el SNAC está lejos de tener un alcance nacional (Dipres, 2022j).

La falta de una ley nacional que regula el funcionamiento del SNAC impide la exigibilidad de coberturas mínimas, oportunidad y calidad de los servicios (Molina et al., 2020). Otras críticas apuntan hacia una mejora pendiente de coordinación con las diversas instancias locales para reducir duplicaciones administrativas; dificultades en la provisión y contratación de servicios especializados; la escasa comunicación y coordinación entre las municipalidades; problemas en el proceso de identificación de los(as) beneficiarios(as); y una inadecuada derivación a los servicios necesarios (Banco Mundial, 2017; Molina et al., 2020; Objetiva Consultores, 2020).

Aun así, el SNAC se considera como un paso en la dirección deseada y coherente con las políticas de envejecimiento positivo y activo recomendadas por organismos internacionales (Banco Mundial, 2017; Molina et al., 2020; Rosales et al., 2020). Por ejemplo, algunas evaluaciones de la primera fase del piloto destacan la rápida implementación al inicio del proyecto, gracias al uso de servicios locales ya existentes. Conjuntamente, se valora el enfoque sistémico del subsistema que trata de coordinar las diferentes iniciativas, permitiendo identificar brechas y duplicaciones, y definiendo procesos coordinados y estructurados de atención. Además, el programa ayuda en la inscripción de las personas al RSH, lo cual traería ventajas más allá de los servicios del SNAC (Banco Mundial, 2017).

¹ Ver más informaciones en <https://www.chilecuida.gob.cl/conocenos/>

² <https://www.gob.cl/noticias/presidente-pinera-crea-subsistema-nacional-de-apoyo-y-cuidados-le-hace-bien-al-alma-de-chile-y-nos-permite-ser-una-mejor-comunidad/>

3.3.1 Residencias de larga estadía para las personas mayores en Chile

En Chile, las residencias de larga estadía se dirigen a las personas mayores vulnerables de 60 años y más que tienen algún grado de dependencia. Su objetivo es entregar CLD de acuerdo al nivel de dependencia de la persona, tanto en aspectos sociosanitarios como en integración sociocomunitaria. Son ejecutadas por entidades públicas o privadas sin fines de lucro que postulan a recursos concursables de Senama, que también contemplan financiamiento de Fonasa. Según los datos de la Dipres, en el año 2022, los Establecimientos públicos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), a nivel nacional, beneficiaron a 1.334 personas, lo cual significa una cobertura de 0,7% y una brecha considerable con la población objetivo que llega a 178.716 personas (Dipres, 2022g). Además de esos 20 ELEAM públicos funcionando, existen más de 800 ELEAM con resolución sanitaria que son privados con y sin fines de lucro⁶, atendiendo a cerca de 24.000 personas mayores (Observatorio Social, 2023).

Esta brecha en la cobertura se explica, entre otros, por el costo mayor per cápita de un ELEAM que tiene que cubrir alojamiento, comida, cuidado y servicios especializados de salud, entre otros. En 2022, el costo por persona alcanzó un monto de \$8.705.200 al año y un total de cerca de 12 mil millones de pesos (Dipres, 2022g).

Un estudio estima que los costos per cápita de los ELEAM son entre 4 a 5 veces más altos que los de un servicio de atención domiciliaria (Objetiva Consultores, 2020), absorbiendo más del 60% del presupuesto de Senama (Molina et al., 2020; Villalobos, 2017). Esto muestra que el presupuesto nacional destinado a servicios de CLD es insuficiente, tomando en cuenta el bajo alcance de los programas residenciales (Molina et al., 2020). A esto se suma la fuerte focalización, excluyendo a personas que no están dentro del grupo más vulnerable, según el RSH, pero que no cuentan con los recursos para costear los servicios requeridos (MDSF, 2023).

Como se ha señalado anteriormente, a nivel global se recomienda avanzar en políticas públicas que promuevan el envejecimiento en el lugar y se

⁶ <https://www.eleamchile.cl/encuentraeleam> (21-02-2024).

observa una tendencia hacia los servicios ambulatorios, promoviendo que la persona se mantenga en su lugar e incluida en su comunidad; con esto se trata de evitar que la persona sea ingresada a una residencia de larga estadía. Esto se debe por un lado a la voluntad de las personas mayores, que en su gran mayoría quiere seguir viviendo en su domicilio; por otro lado, se debe a los costos que suelen ser más bajos para los servicios ambulatorios; y, por último, tienen la ventaja de retrasar el deterioro funcional y mental de las personas mayores, con lo cual no solo puede reducir los costos de cuidado en el futuro, sino además van en línea con el enfoque de envejecimiento activo y positivo. Dado lo anterior, en muchos países de la OCDE, las residencias se restringen a personas con dependencia severa (CEPAL, 2017; Colombo et al., 2011; Mah et al., 2021; Objetiva Consultores, 2020; OMS, 2016, 2017; Stones & Gullifer, 2016).

A pesar de esto, es importante recalcar que existe un grupo de personas que requiere estar en una residencia de larga estadía, sea por sus complejas necesidades de cuidado, la falta de una red de apoyo, la voluntad propia u otra razón. Por lo tanto, lo residencial debe formar parte de un sistema de CLD, considerado como opción que responde a un perfil de atención específico que no puede dejar de ser atendido.

3.3.2 Centros diurnos para las personas mayores en Chile

La oferta nacional de CLD incluye centros diurnos del adulto mayor, financiados por Senama y ejecutados por municipios y organizaciones de la sociedad civil, entre otros la fundación Hogar de Cristo. Estos están dirigidos a las personas mayores con dependencia leve a moderada, particularmente a aquellas en situación de vulnerabilidad. El propósito de este tipo de dispositivos es conservar o mejorar el nivel de funcionalidad de las personas atendidas y mantenerlas en su entorno familiar y social. En 2022, beneficiaron a 8.918 personas de una población objetivo de 163.574. Cuenta con un gasto total anual de \$7.658.968.000 y un per cápita anual de \$858.800 (Centro Microdatos UC, 2020; Dipres, 2022c; Rubio & Miranda, 2017).

Según las informaciones de Senama, en la actualidad, hay más de 160 centros diurnos a nivel nacional, que tienen una capacidad de entre 30 a 90 personas mayores cada uno⁷. En ellos se realizan planes de intervención a las personas mayores, que determinan el tipo de intervenciones durante su paso por el centro. Para asegurar la calidad de los servicios, los centros monitorean el avance de los planes de intervención, entre otros mediante la realización de pruebas de funcionalidad, nivel de autonomía, entre otros (Centro Microdatos UC, 2020).

Dentro de los servicios que ofrece el centro diurno, se encuentran talleres que buscan promover las habilidades personales (estimulación cognitiva, actividad física y prevención de caídas, y taller de “historia de vida”); las habilidades sociales (resolución de conflicto, habilidades de autonomía y autogestión comunitaria); y las habilidades comunitarias tanto de la persona mayor y su cuidador(a) no remunerado(a) (participación comunitaria, cuidado del(la) cuidador(a) y buen trato) (Rubio & Miranda, 2017).

Según el diseño del programa, el tiempo de permanencia en el centro diurno es entre seis meses y un año, dentro del cual la persona mayor debiera contar con las herramientas necesarias para vincularse con redes formales e informales -como servicios públicos, juntas de vecinos, amigos(as)- que permitan continuar con su inclusión social (Rubio & Miranda, 2017). Una de las críticas a este programa, es que el tiempo de permanencia es muy corto, sobre todo por el escaso acceso a otro tipo de dispositivos, dejando a muchas personas mayores sin red de apoyo (Rubio & Miranda, 2017).

3.3.3 Programas de atención domiciliaria

Esta sección describe los programas de atención domiciliaria que entregan servicios de CLD a las personas con dependencia en Chile. Estos ofrecen prestaciones de apoyo y cuidado para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La oferta estatal actual, que en Chile depende del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, contempla dos

⁷ Ver detalles en: <https://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia> (21-02-2024).

programas: (1) el programa Red Local de Apoyos y Cuidados del SNAC; y, (2) el programa Cuidados Domiciliarios de Senama.

(1) El programa Red Local de Apoyos y Cuidados del SNAC, dependiente del MDSF

El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados se implementó el año 2016, dentro del marco del piloto del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) (ver recuadro 3.3). Se dirige a personas de todas las edades con dependencia severa o moderada; que cuenten con una persona cuidadora no remunerada en la casa y estén dentro del 60% de los más vulnerables, según el Registro Social de Hogares (RSH). Por lo tanto, la población objetivo de este programa es la dupla de persona con dependencia y su cuidador(a). Otra particularidad es que no es un programa especialmente diseñado para personas mayores, sino para personas con dependencia en general, independiente de su edad (Dipres, 2022j; Objetiva Consultores, 2020; Rosales et al., 2020). Sin embargo, la gran mayoría de los(as) beneficiarios(as) del programa tienen 60 años y más (Rosales et al., 2020).

En conjunto con la persona con dependencia y su familia, se desarrolla un plan de cuidados que considera las necesidades específicas de la persona con dependencia y su cuidador(a) no remunerado(a). Se entregan servicios de cuidado directos a la persona mayor; bienes y servicios especializados como kinesiología, podología, adaptaciones de la vivienda, entre otros; y servicios de respiro a la persona cuidadora no remunerada. Los objetivos del programa son disminuir la vulnerabilidad de las personas con dependencia y sus cuidadores(as) no remunerados(as); contribuir a que la persona con dependencia mejore o mantenga su nivel de funcionalidad o postergue su declive; y apoyar para que el(la) cuidador(a) no remunerado(a) mantenga o reduzca su sobrecarga (Dipres, 2022j; Objetiva Consultores, 2020; Rosales et al., 2020). Respecto a la frecuencia e intensidad de las visitas a domicilio, estas tienen un máximo de 8 horas semanales por beneficiario(a).

En 2022, la Red Local de Apoyos y Cuidados entregó servicios a 5.430 personas en las 90 comunas donde se ejecuta el programa, de una población objetivo de 678.789 personas, alcanzando una cobertura de 0,85%. El gasto anual per cápita era de \$2.148.400 (Dipres, 2022j).

Evaluaciones de este programa muestran buenos resultados respecto a la mantención y el mejoramiento de la funcionalidad de las personas con dependencia y resultados satisfactorios respecto a la sobrecarga de los(as) cuidadores(as) (Dípres, 2022j; Rosales et al., 2020). El seguimiento y la supervisión del buen funcionamiento del programa se ha visto dificultado por el aumento de cobertura, el cual no ha sido acompañado por la contratación adecuada de supervisores(as) en todas las comunas (Rosales et al., 2020).

Estudios nacionales muestran un riesgo de duplicidad y falta de articulación en algunos servicios en la atención domiciliaria. Esto ocurriría, según los equipos municipales entrevistados, en el caso de los programas de atención domiciliaria para personas con dependencia severa (Minsal) y el programa red local (MDSF), entre los cuales no existe un protocolo de trabajo que garantice que las atenciones que otorga uno sustituya o complemente las que efectúa el otro, a pesar de que atienden al mismo grupo objetivo (Rosales et al., 2020).

Esta falta de articulación también sucedería entre los programas de un mismo ministerio. Un estudio cualitativo sostiene que “el programa de Red Local y el de Cuidados Domiciliarios no operan en una lógica colaborativa, propia de un sistema, sino más bien en una lógica de competencia” (Objetiva Consultores, 2020, p. 44). Por ejemplo, los(as) entrevistados(as) señalan que, si bien en lo formal el programa Cuidados Domiciliarios es parte del SNAC, en la práctica no existe articulación y acceso en los servicios. Al no funcionar la red, los(as) beneficiarios(as) del programa Cuidados Domiciliarios de Senama quedarían fuera del alcance de los servicios especializados (Red Local) y sólo podrían acceder a cupos que sobran luego de la atención de las coberturas del SNAC, no habiendo cupos dedicados ni preferencia en su acceso para los(as) participantes de este programa (Objetiva consultores, 2020).

Otras críticas apuntan hacia la escasa cobertura del programa y una fuerte focalización, particularmente excluyendo a personas con dependencia leve y a personas que viven en comunas sin existencia del SNAC (Rosales et al., 2020). Además, la falta de institucionalización del SNAC dentro de una ley,

hace que la oferta local en muchos casos no exista, por lo que los intentos de articulación no funcionan; esto particularmente para los servicios especializados (Objetiva Consultores, 2020).

Se discute además la insuficiente incorporación del enfoque de género (efecto negativo en las cuidadoras) y del enfoque curso de vida (falta de actividades preventivas de la dependencia). Por ejemplo, ofrecer servicios de reparación y mantenimiento de la casa, administración de medicamentos, etc. (Rosales et al., 2020).

Por último, tal como se verá en los próximos capítulos, se puede cuestionar si la cantidad de 8 horas semanales -como máximo- es suficiente, particularmente para una persona con dependencia severa.

(2) El programa Cuidados Domiciliarios de Senama

El programa Cuidados Domiciliarios de Senama empezó a funcionar el año 2013 como apoyo para las personas mayores con dependencia y sus cuidadores(as). A partir del 2017, el diseño del programa busca complementar la oferta nacional, dirigiéndose exclusivamente a personas de 60 años y más en situación de pobreza o vulnerabilidad con dependencia severa o moderada, que no tienen cuidador(a) no remunerado(a) en su domicilio (Senama, 2021a). Por lo tanto, a diferencia del programa Red Local, el de Cuidados Domiciliarios de Senama es un programa específicamente diseñado para personas mayores; y, además, se dirige hacia la persona mayor sin cuidador(a) y no a la diáda (Dipres, 2022f; Molina et al., 2020; Objetiva Consultores, 2020). Sin embargo, es importante aclarar que el no contar con cuidador(a) principal significa que en el hogar no haya un adulto que asuma responsabilidad, representación y/o cuidado de la persona mayor, en forma regular o permanente; no obstante, esto no necesariamente quiere decir que la persona no tenga a alguien quien la apoye ocasionalmente (Objetiva Consultores, 2020).

Este programa puede ser ejecutado por el municipio o por instituciones privadas sin fines de lucro (como la fundación Hogar de Cristo, ver recuadro abajo) que tienen experiencia en el trabajo con personas mayores (Senama, 2021a).

Respecto a los servicios entregados, el programa consiste en dos visitas semanales, por una duración de tres horas cada una, para apoyar en (Senama, 2021a):

- Atención personal: higiene y cuidado personal, alimentación e hidratación, apoyo funcional (físico y cognitivo), apoyo en el uso de medicamentos
- Tareas del hogar: aseo y orden de espacios de uso diario de la persona mayor (baño, cocina y habitación), aseo y orden de espacios de uso esporádico (por ejemplo, acarreo y traslado de agua al domicilio o corte y orden de leña), apoyo con los alimentos
- Relación con el entorno: apoyo para el acceso a la red de salud y la red social, el acceso a actividades recreativas y el uso de tecnologías.

Cada trabajador(a) tiene a cinco personas mayores a su cargo y tiene que acreditar su capacitación y formación adecuada para entregar los servicios especializados requeridos. El equipo tiene un perfil sociosanitario (Senama, 2021a).

El programa Cuidados Domiciliarios de Senama tiene un bajo alcance con 1.515 personas atendidas en 2022, de una población objetivo de 52.125, lo que le da una cobertura de 2,9%. El presupuesto a nivel nacional es bajo, con un gasto per cápita anual de \$1.358.000 de subvención para las instituciones ejecutoras (Dipres, 2022f; Molina et al., 2020; Objetiva Consultores, 2020). Según las informaciones de Senama está funcionando en 42 comunas del país⁸, con aproximadamente 30 personas mayores atendidas por comuna.

A pesar de existir escasas evaluaciones del programa, un estudio con datos auto-reportados sugiere que el programa logra aumentar el nivel de satisfacción y bienestar subjetivo de las personas mayores participantes, sobre todo porque incrementarían su conexión con el entorno (Objetiva Consultores, 2020). Otro estudio realizado en 2022 señala que un 93% de las personas mayores se mostró satisfecho con los servicios de apoyo y cuidado recibidos y un 96% indica que logra ejecutar las actividades de la vida diaria con la ayuda de terceros (Dipres, 2022f).

⁸ <https://www.senama.gob.cl/cuidados-domiciliarios> (21-02-2024).

No existen en Chile evaluaciones con indicadores sociosanitarios que den cuenta, por ejemplo, de un impacto significativo en el nivel de autovalencia de las personas o si permite evitar o retrasar su ingreso a una residencia de larga estadía. De igual manera, no es claro que el programa logre cumplir su objetivo de facilitar la ejecución de actividades de la vida diaria de las personas mayores, ya que el tipo de prestaciones que entrega y la frecuencia de su servicio son escasos. Esto es especialmente relevante para las personas mayores con dependencia severa, que requieren de cuidados continuos para cubrir sus necesidades básicas e instrumentales. Por ejemplo, una persona sin cuidador(a) y con movilidad reducida, que no se puede levantar de su cama sin ayuda, necesitaría de apoyo todos los días para ir al baño, comer y mantener su higiene. Por lo tanto, la visita de un(a) asistente dos veces a la semana no sería suficiente (Objetiva Consultores, 2020).

Tampoco existen datos disponibles sobre los servicios complementarios, que son entregados a las personas mayores a través de las prestaciones especializadas o derivación a servicios territoriales de la Red Local de Apoyos y Cuidados del SNAC; en términos de mantención y adaptaciones funcionales de vivienda, consultas a terapia ocupacional, podología o ayuda material (Dipres, 2022f; Molina et al., 2020; Objetiva Consultores, 2020).

Un punto crítico es el riesgo permanente de interrupción de este servicio, fuertemente condicionado por el tipo de financiamiento entregado por Senama a instituciones a través de fondos concursables anuales, lo que deja muy poco tiempo entre una postulación y otra. Esto implica inseguridad para los equipos y las personas atendidas. Además, la institución ejecutora tiene que contar con los recursos suficientes para costear los gastos no cubiertos por la subvención de Senama. En el caso de los 4 programas de Cuidados Domiciliarios que ejecuta la fundación Hogar de Cristo, ese monto es más del 50% de lo financiado por Senama.

A pesar de la escasez de evaluaciones disponibles, es importante recalcar que el programa Cuidados Domiciliarios va en la dirección deseada, respecto a los servicios que entrega, tal como se verá en el capítulo 5 (revisión de políticas públicas a nivel internacional).

En la figura 3.3 se entregará un resumen de los programas más relevantes de CLD actualmente vigentes en Chile, visualizando su objetivo, presupuesto y alcance.

Figura 3.3: Resumen de la oferta programática de servicios CLD para las personas mayores en Chile

Programa	Población objetivo	Descripción	Cobertura y gastos	Referencias
Programa Red Local de Apoyos y Cuidado, SNAC	Díada de persona con dependencia severa o moderada (independiente de su edad) y su cuidador(a) familiar no remunerado(a) que están en situación de vulnerabilidad (60% más vulnerable, RSH)	<p>Objetivo: disminuir la vulnerabilidad; ayudar a que la persona dependiente mejore o mantenga su nivel de funcionalidad y que el(la) cuidador(a) principal no remunerado(a) mantenga o reduzca su sobrecarga</p> <p>Responsable: municipio</p> <p>Servicios: desarrollo de un plan de cuidados; entrega de servicios de cuidado y de respiro; entrega de bienes y servicios especializados, complementando la oferta local. Visitas hasta 8 horas semanales.</p>	<p>Cobertura, 2022:</p> <p>5.430 personas en 90 comunas (población objetivo: 678.789).</p> <p>Gasto ejecutado, 2022:</p> <p>-total: \$11.666.031.000</p> <p>-per cápita: \$2.148.400</p>	(Dipres, 2022; Objetiva Consultores, 2020; Rosales et al., 2020)
Cuidados Domiciliarios, Senama	<p>Personas de 60 años y más:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con dependencia severa o moderada - en vulnerabilidad (60% más vulnerable, RSH) - sin cuidador(a) principal 	<p>Objetivo: Entregar servicios de apoyo y cuidado en la realización de las AVD, dentro y fuera del hogar.</p> <p>Responsable: municipio u organización sin fines de lucro, financiado por Senama</p> <p>Equipo: dupla profesional de perfil socio-sanitario; asistentes de AVD (residentes de la comuna con formación y/o capacitación necesaria)</p> <p>Servicio: Visitas domiciliarias para entregar atención personal, apoyo en realización de tareas del hogar y relación con el entorno. 2 visitas semanales de 3 horas cada una. Cada asistente atiende a 5 personas.</p>	<p>Cobertura, 2022:</p> <p>1.515 personas en 42 comunas (población objetivo: 52.125)</p> <p>Gasto ejecutado, 2022:</p> <p>-total: \$2.057.404.000</p> <p>-per cápita: \$1.358.000</p>	(Dipres, 2022f; Molina et al., 2020; Objetiva Consultores, 2020)

Programa	Población objetivo	Descripción	Cobertura y gastos	Referencias
Centros Diurnos del Adulto Mayor	Personas mayores: - con dependencia leve o moderada - en situación de vulnerabilidad	Objetivo: Conservar o mejorar el nivel de funcionalidad de las personas mayores, manteniéndose en su entorno social. Responsable: municipio, organización sin fines de lucro, universidad o centro de formación público Servicio: desarrollar plan de intervención individual, incluyendo talleres para favorecer la funcionalidad y habilidad social	Cobertura, 2022: 8.918 personas (población objetivo: 163.574) Gasto ejecutado, 2022: -total: \$7.658.968.000 -per cápita: \$858.800	(Centro Microdatos UC, 2020; Dipres, 2022c; Rubio & Miranda, 2017)
Residencias de Larga Estadía (ELEAM)	Personas mayores: -con algún grado de dependencia -en situación de vulnerabilidad	Objetivo: entregar atención de larga duración de acuerdo al nivel de dependencia Ejecutores: organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro (financiado a través de concursos públicos de Senama) Servicios: atención directa a las personas mayores en aspectos sociosanitarios e integración sociocomunitaria, promoviendo la participación en la red local y en el barrio.	Cobertura, 2022: 1.334 personas (población objetivo: 178.716) Gasto ejecutado, 2022: - t o t a l : \$11.612.751.000 -per cápita: \$8.705.200	(Dipres, 2022g)

Fuente: Elaboración propia en base a las fuentes citadas.

Recuadro 3.4: Caso de estudio: Programa de Atención Domiciliaria (PADAM) del Hogar de Cristo

El PADAM del Hogar de Cristo complementa la oferta estatal, entregando, principalmente, gestión comunitaria y apoyo a las personas mayores con dependencia (Hogar de Cristo, s. f., 2012, 2022). Se dirige a personas mayores de 60 años, en situación de pobreza y exclusión social, autovalentes frágiles, dependientes severos y parciales que quieren mantenerse en su comunidad. Su objetivo es lograr que las personas mayores se mantengan en su medio habitual de manera autónoma e interdependiente mejorando sus condiciones de vida y superando su situación de exclusión social (Hogar de Cristo, 2022).

El equipo (trabajadores(as) sociales, técnicos sociales y voluntarios(as)) entrega prestaciones de apoyo psicosocial, gestiona redes institucionales de apoyo social y coordina la entrega de especies/ayuda monetaria (a elegir una caja de mercadería, pañales de personas mayores o una transferencia monetaria de alrededor de \$30.000) (Hogar de Cristo, 2022).

En 2023, existían 42 PADAM a nivel nacional atendiendo a alrededor de 1.500 personas al mes, con una capacidad aproximada de 30 personas por programa, de los cuales 38 son autofinanciados por Hogar de Cristo y 4 son ejecutores del programa Cuidados Domiciliarios de Senama. De los PADAM autofinanciados, el gasto promedio per cápita es alrededor de \$100.000 mensuales. Los cuatro que reciben financiamiento de Senama entregan servicios de cuidados en el domicilio de las personas, 6 horas a la semana. Estos funcionan en las comunas de Arica, Valparaíso, Talagante y Rancagua y tienen un costo per cápita mensual de aproximadamente \$320.000, con una subvención de Senama de alrededor \$130.000 (Sistema de Registros Sociales, Hogar de Cristo 2023).

3.3.4 Los servicios y programas para apoyar a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as) de las personas mayores con dependencia

Tal como se señaló en la sección anterior, la oferta nacional actual de servicios ambulatorios y domiciliarios supone la existencia de un(a) cuidador(a) no remunerado(a) en el hogar, que brinde los servicios o apoyos diarios que necesita la persona mayor. Según la ENDIDE 2022, casi la mitad (41,5%) de las personas adultas con dependencia funcional tenía exclusivamente un(a) cuidador(a) no remunerado(a) que es integrante de su hogar (Observatorio Social, 2023, p. 74). Los(as) cuidadores(as) no remunerados(as) son mujeres

en un 71% de los casos y tienen mayoritariamente entre 60 a 74 años o 45 a 59 años (ENDIDE 2022); en muchos casos se trata de esposas, hijas o nueras (ARSchile, 2009; Micare, 2023).

La informalidad del cuidado puede ser un problema tanto para los(as) cuidadores(as) como para las personas mayores. Esto porque, para las personas mayores podría significar que no reciban el cuidado que requieren, debido a la falta de formación adecuada de sus cuidadores(as) (Molina et al., 2020). Como se señaló en el capítulo 2, para los(as) cuidadores(as) esta labor puede tener efectos negativos, como la posible incompatibilidad con un trabajo remunerado y la pérdida de contribuciones previsionales, lo cual se puede transformar en múltiples problemas de salud, sociales y económicos. Además, el cuidado es una labor desafiante y estresante; lo que se manifiesta, por ejemplo, en la menor esperanza de vida de los(as) cuidadores(as) debido a su enorme carga física y emocional, combinada con la falta de reconocimiento por parte de la sociedad (Leiva et al., 2020). Un gran porcentaje de cuidadores(as) muestran problemas de salud mental o física y se reporta un aumento de tensiones familiares (Comunidad Mujer, 2014). Además, en Chile, según la ENDIDE 2022, una de cada tres personas cuidadoras presenta una sobrecarga intensa; problema más prevalente entre los(as) cuidadores(as) de personas con dependencia severa y aquellos(as) que forman parte del primer quintil de ingresos autónomos (Senadis, 2023).

A pesar de toda esa evidencia, en Chile no existe una política pública integral que entregue apoyo constante a los(as) cuidadores(as) informales. Pero cabe mencionar al menos dos iniciativas impulsadas recientemente: por un lado, la ley que concilia la vida laboral, familiar y personal de las personas, que se despachó en diciembre del 2023. Esta ley entrega el derecho al teletrabajo, al uso preferente del feriado legal o a solicitar ajustes de sistema de turnos, entre otros a todas las personas que cuidan de forma no remunerada a una persona con dependencia⁹. Por otro lado, está el programa gratuito de capacitación para cuidadores de personas mayores, que entrega una formación para cuidadores(as) de personas mayores con dependencia, empezando con 875 cupos disponibles en 21 comunas del país¹⁰.

Además, hay diferentes beneficios, parte de los diversos programas sociosanitarios, que ofrecen apoyo a aquellos(as) que cuidan a las personas

⁹ <https://www.gob.cl/noticias/se-despacha-a-ley-proyecto-que-concilia-la-vida-personal-familiar-y-laboral/>

¹⁰ <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/noticias/gobierno-lanza-programa-gratuito-de-capacitacion-para-cuidadores-de-personas-mayores>

mayores. A través de esas iniciativas se brinda ayuda de forma directa o indirecta hacia los(as) cuidadores(as). Sin embargo, incluso sumando todas esas partes, se llega a un porcentaje muy bajo de la población (Comunidad Mujer, 2014; Molina et al., 2020; Troncoso Miranda, 2015).

Dentro de estos programas, el SNAC ofrece actividades de apoyo a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as) con el fin de disminuir o mantener su sobrecarga; a través de servicios de respiro, grupos de apoyo, talleres psicoeducativos y capacitaciones para abordar situaciones complejas. En los programas de respiro, un(a) cuidador(a) formal y remunerado(a) reemplaza por un tiempo limitado al(la) cuidador(a) familiar, de manera de relevarlo(a) por unas horas a la semana de sus tareas habituales (Dipres, 2022j; Rosales et al., 2020).

Asimismo, con el objetivo de brindar apoyo y guía al(la) cuidador(a) familiar, Senama publicó un manual para el(la) cuidador(a) de personas mayores con dependencia, que además de brindar información sobre qué significa cuidar y cuáles son las principales funciones de un(a) cuidador(a), ofrece ejercicios de autoevaluación y recomendaciones para cuidar su propia salud física y mental (MDSF & Minsal, 2019). Específicamente para cuidadores(as) de personas con demencia, el Minsal realiza, dentro del Plan Nacional de Demencia, diversas acciones para los(as) cuidadores(as) no remunerados(as), como la implementación de centros de apoyo diurno a personas mayores con demencia que, por medio de estadías cortas de cuidado, ofrezcan alivio temporal a los(as) familiares (Minsal, 2017; Molina et al., 2020).

Senama y Naciones Unidas desarrollaron la plataforma Me Cuido, Te Cuido, una iniciativa para generar una comunidad digital de cuidadores(as), en términos informativos y de capacitación, para la promoción del autocuidado, encuentro, apoyo y ayuda mutua¹¹. Entre otros, en la plataforma se encuentran informaciones sobre temas legales, además de todos los beneficios para personas que cuidan y los distintos programas de cuidado y apoyo para personas con dependencia.

En la misma línea, recientemente, se instaló como complemento del RSH, una plataforma para registrar a las personas cuidadoras con el propósito final de ayudar a reconocer su labor y diseñar una oferta programática exclusiva para ellas. En agosto del 2023, existían 58.833 díadas identificadas

¹¹ Más informaciones en: <https://www.mecuidotecuido.cl/>

a partir del módulo de personas cuidadoras (MDSF, 2023). Como apoyo concreto, se entrega una credencial de cuidador(a) que les permite tener atención preferente en diversas instituciones públicas¹², entre ellas Fonasa, Registro Civil, Chile Atiende (MDSF, 2023).

Por último, dentro de la oferta nacional, están las transferencias monetarias para los(as) cuidadores(as) (estipendio). Por ejemplo, en los centros de apoyo comunitario y el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa del Minsal existe la posibilidad de solicitar una transferencia de \$ 32.991 al mes, con el requisito que la persona no tenga un trabajo remunerado (Dipres, 2022a; Molina et al., 2020). Esto no solamente resulta ser una transferencia insuficiente para que sea una ayuda significativa al(la) cuidador(a), sino que además podría incentivar el trabajo en el mercado informal, lo que se traduciría en pensiones precarias a futuro.

3.4 SÍNTESIS

En la actualidad, Chile no cuenta con una política integral de envejecimiento, ni tampoco con políticas nacionales de CLD para las personas mayores. Sin embargo, en los últimos años se ha implementado una gran cantidad de programas para prevenir la dependencia y apoyar a las personas mayores con algún servicio de cuidado. Se trata de programas los cuales presentan baja articulación de los servicios, presupuesto insuficiente y una cobertura de bajo alcance. El proyecto piloto Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) intentó solucionar este problema, sin embargo –al menos hasta la fecha de redacción de este libro–, su programa Red Local está funcionando en 90 comunas del país, lejos de tener un alcance nacional y sin una legislación ni presupuesto adecuado.

¹² Más informaciones en: <https://www.gob.cl/noticias/gobierno-lanza-plataforma-para-identificar-personas-cuidadoras-conozca-los-detalles-y-quienes-son-los-beneficiados/>

Específicamente, respecto a los programas que entregan servicios de atención domiciliaria -Red Local de Apoyos y Cuidados del SNAC y Cuidados Domiciliarios de Senama-, que son el foco de este estudio, se puede sintetizar al menos siete puntos relevantes:

(1) **Bajo alcance.** En 2022, los programas Red local de Apoyos y Cuidados y Cuidados Domiciliarios de Senama llegaron a un total de alrededor de 7.000 personas a nivel nacional.

(2) **Presupuesto insuficiente:** El gasto anual per cápita de los dos programas era de \$2,1 millones y \$1,4 millones respectivamente. Eso significa un valor mensual de entre \$180.000 y \$110.000 por persona, lo cual es un monto relativamente bajo, considerando todos los gastos de recursos humanos, transporte, materiales, etc. Esto, en muchos casos, no permite ofrecer el tipo de prestación ni la periodicidad necesaria para garantizar que cada persona que lo requiere reciba servicios de calidad y se pueda mantener en su domicilio; sobre todo en el caso de las personas mayores con dependencia severa y que no tienen un(a) cuidador(a) no remunerado(a). Además, requiere alta solvencia financiera por parte de la institución ejecutora, para costear los costos no cubiertos por la subvención de Senama.

(3) **Financiamiento no asegurado:** Las instituciones interesadas tienen que postular anualmente a los fondos de Senama para poder ejecutar el programa Cuidados Domiciliarios. Esto genera inestabilidad financiera e inseguridad en los equipos y las personas atendidas. También este tipo de financiamiento produce inestabilidad laboral y alta rotación en todo el intersector.

(4) **Frecuencia y duración de las visitas:** Relacionado con el punto anterior, es necesario cuestionarse si un máximo de 8 o 6 horas respectivamente es suficiente para entregar cuidado a una persona con dependencia, sobre todo con dependencia severa.

(5) **Focalización:** Estos programas de atención domiciliaria se focalizan, por un lado, en las personas con dependencia severa o moderada y, por otro lado, en las personas de mayor vulnerabilidad (según el RSH). Con esto, quedan excluidas todas las personas con dependencia leve, al igual que las personas que no están dentro de los tramos más vulnerables, pero que tampoco tienen la posibilidad de costear los servicios requeridos.

(6) **Articulación y oferta local insuficiente:** Si bien los programas de SNAC y Senama tienen protocolos para fomentar la integración de servicios, frecuentemente la articulación con la red no funciona bien, lo cual resulta en servicios duplicados o faltantes. Existe gran dispersión en la oferta de servicios entre las distintas comunas, lo que significa que muchas personas se quedan sin atención requerida. Esto puede ser problemático para personas que reciben atención ambulatoria, porque estos programas requieren los servicios complementarios. En este aspecto es relevante recordar la importancia del entorno y la comunidad que plantea el enfoque Envejecer en el Lugar que fue detallado en el capítulo 2.

(7) **Apoyo a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as):** El Estado no ofrece servicios suficientes ni adecuados para las personas que cuidan de forma no remunerada, principalmente mujeres. Esto puede traer consecuencias negativas tanto en los(as) cuidadores(as) como en las personas mayores, porque el trabajo de cuidado es estresante y puede afectar la salud física y mental, si no existe un apoyo constante para los(as) cuidadores(as).

Con todo, la oferta actual nacional de programas para evitar la dependencia y los servicios de CLD para las personas mayores muestra ciertos avances, pero aún está lejos de los estándares internacionales que se analizarán en el capítulo 5, de un sistema integral, continuo y articulado que dé respuesta a la creciente demanda de cuidados en un contexto de acelerado envejecimiento.

Figura 3.4: Síntesis de la prevención y atención a la dependencia de personas mayores en Chile

Algunos programas para la prevención a la dependencia

En el ámbito salud

- Exámen médico preventivo
- Exámen de funcionalidad
- Alimentación Complementaria
- Más adultos mayores autovalentes
- Atención domiciliaria para personas con dependencia severa
- Hospitalización domiciliaria
- Centros de apoyo comunitario para personas con demencia

En el ámbito barrio y vivienda

- Subsidio para el arriendo
- Condominios de viviendas tuteladas
- Comunas amigables para el adulto mayor

- Bajo presupuesto total y per cápita
- En la mayoría de los programas: alcance limitado
- Escasa articulación y riesgo de duplicidad de servicios y sobre intervención

Programas de atención a la dependencia

- Residencias de larga estadía
- Centros diurnos
- Apoyo al cuidado informal
- Atención domiciliaria
- Red Local de Apoyos y Cuidados del SNAC
- Cuidados domiciliarios (Senama)

- Baja cobertura
- Baja frecuencia en la entrega de los servicios y prestaciones
- Riesgo de duplicidad y falta de articulación entre los programas
- Fuerte focalización, excluyendo a personas con dependencia leve
- Insuficiente incorporación del enfoque de género
- Falta de actividades preventivas de la dependencia
- Falta de complementariedad entre los dispositivos
- Falta de financiamiento asegurado

Desafíos:

- Implementar sistema de cuidado con cobertura nacional
- Implementar políticas públicas que aseguran un envejecimiento digno y saludable
- Implementar una normativa que garantice el financiamiento
- Mejorar la articulación entre los diversos programas

Fuente: elaboración propia en base a hallazgos del capítulo 3.



**CARACTERIZACIÓN DE LAS
PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN
DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL**

04

El presente capítulo caracteriza a la población mayor en Chile, con énfasis en las personas en situación de pobreza, exclusión social y/o dependencia funcional. El análisis se realiza por medio de una descripción cuantitativa que utiliza datos de encuestas nacionales, y de un análisis cualitativo en base a entrevistas, que recogen las percepciones de las personas mayores y sus cuidadoras (no remuneradas).

Si bien se han realizado algunos levantamientos cualitativos sobre programas domiciliarios para personas mayores con dependencia (ARSchile, 2009; Hogar de Cristo, s. f.; Objetiva Consultores, 2020), este aspecto no ha sido lo suficientemente abordado en el país. Por otro lado, la presencia de múltiples brechas complejiza la definición de medidas para abordarlas, tarea que requiere una descripción integral de las carencias que presentan las personas y hogares involucrados. Tomando en cuenta este antecedente, se busca contribuir al diseño de políticas sociales para apoyos y cuidados domiciliarios, al identificar brechas en ámbitos relevantes para el bienestar de las personas mayores. De igual modo, las políticas públicas se ven enriquecidas cuando se nutren de las experiencias de su población objetivo, facilitando así su adaptación a las expectativas de los principales afectados(as) por el problema.

El capítulo se divide en cuatro secciones. En primer lugar, se realiza una caracterización de las personas mayores en Chile, centrándose en aquellas que presentan algún nivel de dependencia y analizando ámbitos fundamentales para su bienestar: barrio y vivienda; vínculos y redes de apoyo; participación social; salud; ingresos; y educación y trabajo. En segundo lugar, se describe la realidad que enfrentan las cuidadoras no remuneradas de personas mayores. En tercer lugar, se analizan las experiencias y percepciones de las personas entrevistadas en su interacción con distintos programas domiciliarios. En cuarto lugar, se presenta una síntesis de las principales brechas de necesidades en el marco de los programas señalados.

Recuadro 4.1: Metodología de los estudios cuantitativo y cualitativo

El análisis cuantitativo se efectuó a partir de la (a) Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2022, la (b) Encuesta de Bienestar Social (EBS) 2021, y la (c) Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) 2022.

a. CASEN tiene como principal objetivo conocer la situación de pobreza por ingresos y multidimensional de las personas y los hogares, además de identificar carencias en áreas específicas del bienestar. Su levantamiento se realizó entre el 1 de noviembre de 2022 y el 2 de febrero de 2023, y es representativa a nivel nacional, regional y a escala zonal (urbano-rural). Se priorizaron los datos de esta encuesta porque, de los tres instrumentos empleados, es el que permite una mejor caracterización socioeconómica de la población mayor.

b. La EBS 2021 fue elaborada para complementar la información que entregó Casen 2020 en Pandemia. Para adaptarse a las complejidades de la Pandemia por COVID-19, Casen 2020 debió cambiar su metodología de levantamiento (de consulta presencial a telefónica) y se vio forzada a reducir la extensión de su cuestionario. Por esta razón, la EBS 2021 resulta útil para expandir y profundizar en las distintas expresiones del bienestar. Su trabajo de campo comenzó el 5 de abril y concluyó el 30 de mayo de 2021. También es representativa a nivel nacional, regional y por zona.

c. ENDIDE 2022 está pensada para cuantificar y caracterizar a la población en situación de discapacidad y dependencia funcional en Chile, además de incorporar un módulo específico para cuidadoras(es), y niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años. Es representativa a escala nacional para personas de 2 a 17 años, y también a nivel nacional, regional y por zona para personas de 18 años y más (incluyendo a las personas de 60 años y más). Su trabajo de campo se extendió entre el 22 de abril y el 26 de agosto de 2022. ENDIDE 2022 fue utilizada en el presente libro para describir las condiciones de vida de las personas mayores con dependencia funcional.

Las diferencias presentadas a lo largo de este capítulo son estadísticamente significativas con un 95% de confianza (a menos que se especifique lo contrario).

El análisis cualitativo fue efectuado a partir de las entrevistas a las personas mayores y cuidadoras no remuneradas que participan del Programas de Atención Domiciliaria (PADAM) del Hogar de Cristo. No obstante, algunos PADAM ejecutan el programa Cuidados Domiciliarios de SENAMA, aplicando sus indicaciones y orientaciones técnicas y, por ende, entregan otro tipo de prestaciones en comparación a los PADAM autogestionados¹³. Algunos de estos programas domiciliarios funcionan en comunas donde opera la Red Local de Apoyos y Cuidados, por lo que parte de sus participantes también reciben las prestaciones domiciliarias que entrega ese programa.

El análisis cualitativo buscó identificar brechas en los apoyos y/o cuidados domiciliarios que reciben las personas mayores en situación de pobreza y exclusión social. Más precisamente, se indagó en los aspectos que habilitan o restringen la autonomía de las personas mayores en dimensiones relevantes para el bienestar humano. De igual modo, se puso especial atención en las dificultades y necesidades de las cuidadoras¹⁴. Asimismo, se observaron focos de mejora en los servicios, tomando como punto de partida las necesidades y propuestas que expresan los(as) entrevistados(as). Estas percepciones fueron utilizadas como material para la formulación de recomendaciones presentada en los siguientes capítulos.

Desde un punto de vista metodológico, el diseño del estudio fue no-experimental y descriptivo. El muestreo fue intencionado y estuvo conformado por entrevistas a personas mayores (60 años o más) que viven en situación de exclusión social y/o pobreza con algún nivel de dependencia, y cuidadoras no remuneradas de personas mayores con algún nivel de dependencia. La distinción entre niveles de dependencia es relevante por la mayor necesidad de apoyo y

¹³ Los PADAM autogestionados ejecutan un modelo técnico de gestión propio (elaborado por la misma Fundación).

¹⁴ Se hablará de cuidadoras porque, salvo una excepción, en nuestra muestra la totalidad de las personas entrevistadas que desempeñan ese rol son mujeres.

cuidado que pueden requerir las personas. Cuando no existen los apoyos pertinentes y adecuados, la autonomía se ve restringida y con ello la posibilidad de llevar una vida acorde a los propios anhelos. Además, dado que este tipo de análisis se suele circunscribir al contexto urbano, y que el espacio rural tiende a enfrentar otro tipo de necesidades¹⁵, se aplicó un criterio de distinción geográfica que distingue entre ambas zonas.

Distribución de la muestra cualitativa¹⁶

PADAM (HDC)	Persona mayor			Cuidador(a)			Total
	Leve	Moderada	Severa	Leve	Moderada	Severa	
Cuidados Domiciliarios (SENAMA) ejecutados por HDC	4	2	1	2	3	9	21
Cuidados Domiciliarios (SENAMA) ejecutados por HDC + Red Local de Apoyos y Cuidados	1	3	2	0	0	1	7
Total	0	2	1	0	0	2	5
	5	7	4	2	3	12	33
	16			17			

Fuente: Elaboración propia.

Se accedió a las personas entrevistadas por medio de gestiones con PADAM. Las entrevistas fueron semi-estructuradas, se realizaron cara a cara (manteniendo resguardos para evitar contagios por COVID-19), y fueron grabadas en formato audio (mp3). Los audios

¹⁵ Como la distancia que separa a las zonas rurales de establecimientos comerciales y de salud, o la mayor capacidad de auto-sustentación agrícola en esos espacios, por mencionar algunos ejemplos.

¹⁶ La muestra se conformó por 27 entrevistas en zonas urbanas y 6 en zonas rurales. En cuanto al sexo de las personas entrevistadas, 28 fueron mujeres y 5 hombres.

fueron transcritos de manera literal y analizados por medio de un análisis de contenido cualitativo, para reducir su volumen y categorizarlo en unidades mínimas de sentido (Schreier, 2012). En los casos donde la persona mayor presentó un problema de salud que impidiera iniciar o continuar la entrevista, se procedió a entrevistar a su cuidadora no remunerada (familiar significativo) para complementar o suplir el relato. Por último, es importante precisar que el análisis distingue las percepciones propias de los actores consultados (personas mayores y cuidadoras), de la observación que los(as) investigadores(as) realizaron en las visitas a terreno. Por lo mismo, las declaraciones emitidas por las personas entrevistadas fueron complementadas con las notas de campo que registró cada dupla de entrevistadores(as).

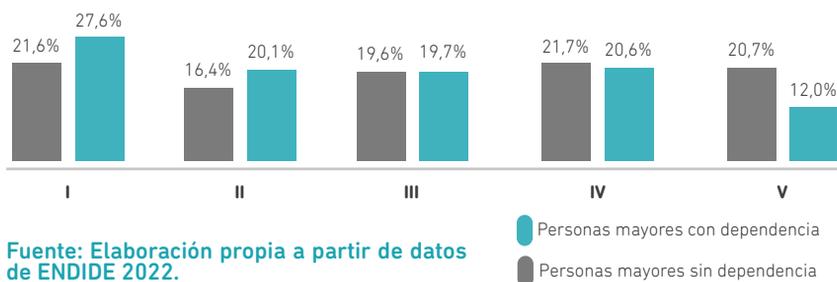
4.1. CARACTERIZACIÓN PERSONAS MAYORES

Comenzando con la caracterización según situación de pobreza por ingresos, el 3,1% de las personas mayores de 60 años y más se encuentra bajo la línea de la pobreza en comparación al 7,3% de las personas menores de 60 años. Como se desarrolla en las siguientes páginas, la principal fuente de ingresos de las personas mayores son las pensiones de vejez, recibidas por concepto de jubilación o por la actual Pensión Garantizada Universal (PGU). Producto de la PGU, que es otorgada a personas mayores sin pensiones autogeneradas (o muy bajas), las personas mayores suelen encontrarse por encima del umbral de la pobreza. No obstante, al observar la distribución de las personas mayores por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, cabe notar que la proporción de personas mayores en el quintil de menores ingresos es mayor en comparación a la de las personas menores de 60 años (26,8% vs 20,3% respectivamente). Esta situación se explica porque los ingresos autónomos no consideran a la PGU, y porque las personas mayores tienen menor capacidad de generación de ingresos por medio del trabajo o por concepto de jubilaciones autofinanciadas.

En cuanto a las personas mayores con dependencia funcional, según ENDI-DE 2022 la proporción de personas mayores con dependencia es superior a

la sin dependencia en los dos primeros quintiles de ingreso, relación que se invierte con claridad en el último quintil de ingresos¹⁷.

Figura 4.1: Personas mayores con y sin dependencia funcional según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar.



Con respecto a la **pobreza multidimensional**, según CASEN 2022 las personas mayores presentan una mayor proporción de casos en situación de pobreza multidimensional en comparación con las personas menores de 60 años (19% versus 16,5%). Al considerar este porcentaje a nivel de hogares con presencia de personas mayores, el 17,9% de los hogares presenta pobreza multidimensional, lo que contrasta con el 10,8% de los hogares sin presencia de personas mayores.

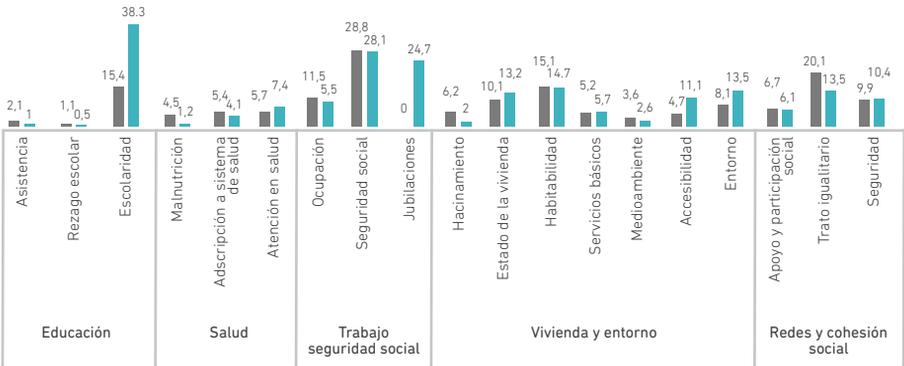
La figura 4.2¹⁸ da cuenta de la proporción de hogares con carencias en los distintos indicadores de pobreza multidimensional (CASEN 2022). Las brechas con mayores diferencias entre hogares con y sin presencia de personas mayores corresponden a escolaridad (38,3% de los hogares

¹⁷ Al 95% de confianza, las diferencias entre personas con y sin dependencia funcional no son estadísticamente significativas para los quintiles III y IV.

¹⁸ Al 95% de confianza, las diferencias no son estadísticamente significativas en los indicadores: Seguridad Social, Habitabilidad, Servicios Básicos y Seguridad.

con personas mayores en comparación al 15,4% de los hogares sin); accesibilidad a equipamientos y servicios sociales (11,1% versus 4,7%); entorno (13,5% versus 8,1%); estado de la vivienda (13,2% versus 10,1%) y atención en salud (7,4% versus 5,7%). Cabe señalar que la diferencia más amplia se encuentra en el indicador de jubilaciones (24,7% versus 0%), pero este indicador aplica solo para las personas en edad de jubilar.

Figura 4.2: Porcentaje de hogares con carencias en cada indicador de pobreza multidimensional, por presencia de personas de 60 años y más



Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2022.

● Ausencia de persona mayor en el hogar
 ● Presencia de persona mayor en el hogar

La penetración de la pobreza multidimensional también es mayor en las personas mayores con dependencia funcional. Según CASEN 2022¹⁹, el 21,5% de las personas mayores con dependencia funcional está en situación de pobreza multidimensional, en comparación al 18,6% de las personas mayores sin dependencia.

A continuación, se presenta un análisis de las brechas de necesidades que presentan las personas mayores en distintas dimensiones del bienestar, además de especificar los facilitadores presentes en cada ámbito.

¹⁹ ENDIDE 2022 no dispone de un indicador que permita medir la pobreza multidimensional, por lo que se optó por utilizar el dato que entrega CASEN 2022 para estimarla en la población mayor con dependencia.

4.1.1. Barrio y vivienda

El enfoque de envejecimiento en el lugar destaca la importancia del barrio y la vivienda para un envejecimiento digno y saludable. Además de ser habitados por las personas mayores, ambos espacios se plantean como escenarios de representación simbólica que dotan de pertenencia a quienes interactúan en ellos. Por lo mismo, condicionan la disponibilidad de medios para satisfacer las necesidades de las personas mayores, ya sea accediendo a establecimientos de distinto tipo en el caso del barrio (comerciales, de salud, financieros, etc.) o mediante equipamiento domiciliario en el de la vivienda (electrodomésticos, servicios básicos de higiene y electricidad, ayuda técnica, etc.).

De igual modo, son interfaces de construcción de sentido para las personas, quienes asignan significado a los espacios públicos y a los lugares significativos de su vivienda.

i. Barrio

El barrio distingue dos tipos de elementos relevantes para el desenvolvimiento cotidiano de las personas mayores: las relaciones sociales que se construyen en él²⁰, y el desplazamiento que realizan para utilizar los distintos servicios emplazados en el espacio público.

Al igual que sucede con otras dimensiones del bienestar, los relatos de las personas mayores tienden a describir su vida en el espacio público a partir de una mezcla de percepciones y emociones, que combinan recuerdos positivos del pasado con una apreciación más crítica del presente. La mayoría de las personas entrevistadas suele describir una larga trayectoria de vida en el mismo barrio (que se extiende durante varias décadas), relatos que en algunos casos también expresan la pérdida de las relaciones vecinales con el paso del tiempo. Por ejemplo:

²⁰ Informales como las vecinales, y formales como sucede con las juntas de vecinos, clubes deportivos o clubes del adulto mayor.

Entrevistador: “¿Cuántos años lleva viviendo acá [la persona mayor]?”

Cuidadora: “Sesenta y dos años [...] y la verdad es que aquí vive gente antigua po, y los viejitos se han muerto, hemos quedado los hijos...algunos han vendido.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, mujer, zona urbana)

Si bien las percepciones del barrio suelen ser positivas, los relatos describen de manera recurrente una degradación progresiva del mismo. Así, la delincuencia y el debilitamiento del tejido vecinal son identificados como procesos que han incrementado la sensación de **inseguridad** y han reducido la calidad de vida de las personas. Según datos de la EBS 2021, el 42,2% de las personas mayores han visto a personas consumir drogas o alcohol en la vía pública en el último mes (de manera ocasional, frecuentemente o siempre); el 23% ha visto con la misma frecuencia venta o tráfico de drogas y el 21,7% balaceras o disparos. En la misma línea, el 35,5% dice sentirse poco o nada seguro en plazas o parques, el 29,4% expresa lo mismo en relación al caminar de día por calles y caminos, y el 65,8% al caminar de noche. Al comparar estas percepciones en distintas zonas geográficas, mientras el 48% de las personas mayores que viven en zonas rurales dice sentirse poco o nada seguro caminando de noche por calles o caminos, esta cifra aumenta al 68,5% de las personas mayores en entornos urbanos. Como ejemplo del deterioro en materia de seguridad planteada por las personas entrevistadas, resalta el siguiente fragmento:

“Era súper tranquilo este barrio... Llevo 30 años acá y no pasaba nada.

Pero ahora, andan asaltando en la esquina.”

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 74 años, zona urbana)

La relación de las personas mayores y/o sus cuidadoras no remuneradas con los(as) vecinos(as) no siempre emerge como un aspecto positivo de la vida barrial. Las percepciones de las personas mayores entrevistadas fluctúan entre relaciones de conflictividad, indiferencia, interacción mínima, o confianza y apoyo constante. En este último caso, los(as) vecinos(as)

suelen encontrarse disponibles para ayudar a la persona mayor en caso de ser necesario:

“Sí [...] como yo trabajo tengo una vecina que me la viene a ver de vez en cuando, que ahora igual voy a tener que buscar ayuda por otro lado, pero me la viene a ver y tiene llaves de la casa, entra a verla...”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia moderada, zona urbana).

Por otro lado, si bien el espacio público se presenta como el entorno por excelencia para la vida comunitaria, su uso puede implicar un desafío para muchas personas mayores. Según la EBS 2021 mientras el 29,2% de las personas menores de 60 años dice visitar nunca o casi nunca plazas y parques, el 45,4% de las personas mayores afirma lo mismo. El uso de estos espacios o servicios está mediado, obviamente, por su disponibilidad en el territorio, aunque también influye su **accesibilidad a personas con dificultades de desplazamiento**. Si bien un mayor nivel de dependencia se vincula a mayores dificultades para desplazarse tanto dentro como fuera de la vivienda, algunas condiciones de salud se relacionan más estrechamente con la aparición de restricciones a la movilidad. Por lo mismo, las personas mayores señalan que la mayor parte de su día a día transcurre dentro de su vivienda, y en el caso de quienes presentan dependencia leve y moderada, priman las personas entrevistadas que muy ocasionalmente salen de su vivienda para realizar compras y hacer uso de áreas verdes²¹. Por ejemplo:

“Cuando es el ‘pago’ no más y viene mi sobrina, y me lleva al pago [...] y a veces la señorita Lorena me saca para la plaza, aquí a dar una vuelta. Con mi sobrina también vamos a dar una vuelta, a veces a la feria.”

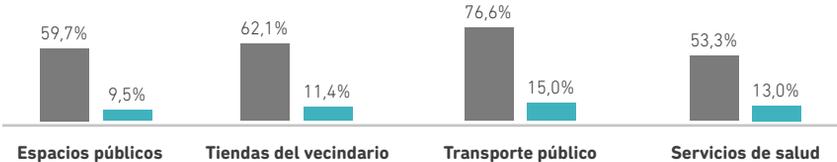
(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 73 años, zona urbana)

Como se observa en la Figura 4.3, una proporción muy alta de personas mayores con dependencia califica como difícil o muy difícil el uso del espacio

²¹ La mayoría de las veces gracias a la ayuda de la cuidadora no remunerada o de los(as) monitores(as) que proveen cuidados domiciliarios.

público (59,7%), tiendas del vecindario (62,1%), transporte público (76,6%) y servicios de salud (53,3%). Aunque la proporción de personas mayores sin dependencia es menor, sigue siendo importante dentro del total de personas mayores sin dependencia (oscila entre el 9,5% que califica difícil o muy difícil el uso de espacios públicos, y el 15% que lo hace en relación al transporte público).

Figura 4.3: En qué medida el entorno que lo(la) rodea le facilita o dificulta las cosas que necesita o quiere hacer (suma de categorías difícil y muy difícil)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ENDIDE 2022.

● 60 años y más sin dependencia
 ● 60 años y más con dependencia

En sintonía con los datos de ENDIDE 2022, la mayoría de las personas mayores –o sus cuidadoras- reportaron inconvenientes para **desplazarse** en lugares cercanos a su vivienda, lo cual aplica especialmente a quienes presentan dependencia severa. Esta situación se agudiza considerando la existencia de servicios que no disponen de alternativas en el territorio, lo cual impide a las personas optar por asistir a la más cercana (como sí sucede con las compras de bienes de primera necesidad, en la medida que la persona puede elegir entre una variedad de almacenes, supermercados y ferias dependiendo de la cercanía). Al respecto, algunas **entidades pagadoras** de pensiones²² y los establecimientos de salud corresponden a dos lugares que, en la gran mayoría de las entrevistas, no resulta posible acceder sin hacer uso de algún medio de transporte. Las cuidadoras no remuneradas y el personal de los programas que proveen cuidados actúan como facilitadores para acompañar a las personas a cobrar su pensión²³,

²² De entre las múltiples entidades pagadoras, existen alternativas como las cajas de compensación y las mismas AFP que no cuentan con múltiples oficinas en el territorio, por lo que la persona debe asistir a la que le corresponde, independiente de la distancia que deba recorrer. Sin embargo, otras opciones como Servipag y Caja Vecina, permiten subsanar este inconveniente, al posibilitar cobrar la pensión en su mismo barrio.
²³ También se mencionan casos en los que la misma cuidadora no remunerada cobra la pensión mediante un poder simple.

y la vinculación con establecimientos de salud en algunos casos permite la visita domiciliaria de las consultas médicas, toma de exámenes y controles. Dicha prestación se asocia principalmente con el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa del Minsal²⁴ que, entre sus componentes, cuenta con cinco visitas domiciliarias anuales de tratamiento y procedimiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos las personas mayores deben recurrir al pago de taxis o de aplicaciones móviles como Uber, lo que, si bien les permite asegurar un medio de transporte oportuno y flexible a sus necesidades, representa un ítem extra al gasto mensual que suele afectar el presupuesto del hogar.

“Cuando tengo que ir al poli, o al hospital, tengo que llamar a un taxi. [...] los Uber nos están pidiendo de aquí al poli, mil trescientos pesos, mil cuatrocientos. Cuando fuimos al hospital, pidieron mil quinientos.”
(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 72 años, zona urbana).

La situación descrita aplica con especial intensidad en personas que viven en **entornos rurales**, para las cuales se plantea como un desafío físico y financiero asistir a los establecimientos de salud. Como pone en evidencia la EBS 2021, mientras el 6% de las viviendas habitadas por personas mayores en entornos urbanos no cuenta con un servicio de transporte público (como paradero o estación) a al menos 8 cuadras o un kilómetro, esta proporción alcanza al 32,7% de las personas mayores en entornos rurales. Asimismo, si el 16,1% de las personas mayores en zonas urbanas está a menos de 20 cuadras o 2,5 km de un centro de salud (como consultorio, hospital o clínica), esta cifra se eleva al 58,7% de las personas en entornos rurales. Por lo tanto, aún con la actual política de copago cero en el servicio de salud público, las personas mayores en zonas apartadas deben destinar una parte importante de su presupuesto mensual para atenderse en los recintos de salud. A modo de ejemplo en las entrevistas:

Persona mayor: “Llamé a la señora Jimena que tiene un taxi colectivo y le pago el viaje, para ir al doctor a todas esas cuestiones...”

Entrevistadora: “¿Cada cuánto se realiza usted controles médicos?”

²⁴ Denominado coloquialmente como “Programa Postrados”.

Persona mayor: "No sé, se hace cada un mes o dos meses, tengo que estar pagando la ida para allá."

Entrevistadora: "¿Eso es complicado?"

Persona mayor: "Claro, imagínese, son diez mil, catorce mil, quince mil pesos que me cobre por la paciencia, porque tienen que tenerme paciencia, tienen que ayudarme a subir arriba también..."

(Persona mayor con dependencia moderada, hombre, 73 años, zona rural)

Más aún, en algunas entrevistas se señala que el **transporte público** no está diseñado de modo acorde a las necesidades de las personas mayores con movilidad reducida, lo cual se expresa tanto en su infraestructura como con problemas ligados al cumplimiento de la tarifa rebajada para personas mayores.

Otra mención relevante sobre los obstáculos que deben enfrentar las personas mayores para trasladarse por la ciudad, guarda relación con su topografía y la falta de infraestructura que la haga más accesible. En el caso de Valparaíso, por ejemplo, esta ciudad costera está emplazada entre numerosos cerros, y por ende, presenta calles sumamente inclinadas en algunos sectores. La falta de implementación de una infraestructura capaz de facilitar el desplazamiento de las personas mayores en el entorno descrito, aparece como un problema que favorece el aislamiento en su vivienda, como un tipo de barrera que agrava los problemas de funcionalidad de las personas. Este factor resulta relevante al momento de definir la oferta local, considerando que uno de los objetivos del envejecimiento en el lugar –y por ende, de los programas de servicios domiciliarios– consiste en permitir que las personas mayores se mantengan en su vivienda (además de su entorno barrial y familiar) por el mayor tiempo posible.

Frente al panorama descrito, tanto las cuidadoras no remuneradas como los(as) monitores(as) actúan como un facilitador que permite a las personas extender su rango de acción desde su vivienda hasta el espacio público cercano a ella. Además de posibilitar a las personas mayores cambiar de su entorno habitual (circunscrito a los límites de su vivienda), salir a comprar aumenta la autonomía decisional de las personas mayores y las ayuda a mantener la funcionalidad al actuar como actividad de ejercicio.

ii. Vivienda

La vivienda es una dimensión muy relevante para las personas mayores, considerando que es el lugar en el que pasan la mayor parte del tiempo. Por lo mismo, ella y sus componentes pueden actuar como facilitadores o como obstáculos para su desenvolvimiento. Además, la vivienda reviste una importancia económica dado que las personas deben destinar parte de su presupuesto para realizar reparaciones, adecuaciones o pagar dividendo/ arriendo según cada situación en particular. No obstante, según CASEN 2022 la mayor parte de las personas mayores cuenta con viviendas propias (76,3%, en contraste al 54,9% de las personas menores de 60 años). Estos datos coinciden con el análisis cualitativo, dado que la gran mayoría de las personas mayores entrevistadas indican ser propietarias de su vivienda, habiéndolas comprado en muchos casos a través de la figura de vivienda social o siendo heredadas de sus padres. Por lo tanto, el pago de arriendo no está contemplado en sus egresos mensuales (y solo en un caso señalaron pagar contribuciones)²⁵.

La situación actual de vida de las personas mayores está ligada a las condiciones estructurales propias del contexto histórico en el que desarrollaron sus historias de vida. La cohorte generacional a la cual pertenecen las personas mayores entrevistadas, se benefició de una época en la cual las viviendas eran –en general– mucho más asequibles que en la actualidad, lo que explica la gran proporción de personas que son propietarias. En los pocos casos de personas que arriendan, este ítem se suma a la lista de gastos que dificultan hacer rendir el presupuesto mensual. Como ejemplo de esto último:

Entrevistador: “¿Cuánto vale el arriendo?”

Persona mayor: “sesenta mil pesos es lo que me cobra la señora Lucía por el pedacito de sitio, sin casa sin ninguna cosa. Está el sitio pelado no más. La luz me cobra...yo le pago veinte mil pesos más por la luz y el agua, es que es todo lo que ocupo, son ochenta mil pesos. Y el resto me queda... pero cuando no me alcanza para nada, ni para comprar el gas, ni para ni una cosa.” (Persona mayor con dependencia moderada, hombre, 73 años, zona rural)

²⁵ Sin embargo, es importante notar que según CASEN 2022 poco menos de la mitad de las personas mayores en situación de pobreza (46,5%) cuenta con vivienda propia.

En lo que concierne al estado de las viviendas, las percepciones de las personas mayores suelen ser relativamente más optimistas en comparación con lo observado por los(as) investigadores(as) en terreno. Más específicamente, la valoración de la vivienda en general es positiva por parte de las personas, aunque reconocen necesitar reparaciones o más y mejor equipamiento (incluyendo adaptaciones de la vivienda). Esta evaluación positiva de la vivienda se puede asociar con el largo periodo de tiempo que muchas personas entrevistadas han vivido en ellas, y con el esfuerzo que han dedicado a mejorarlas y personalizarlas. En este sentido, la satisfacción de las personas con su espacio habitacional también se asocia a los espacios en los que realizan sus pasatiempos (como ver televisión o jardinear).

Dentro de los elementos negativos que comparten las personas entrevistadas, es usual la alusión al mal **aislamiento térmico** de las casas (lo que fue corroborado directamente por los(as) investigadores(as)). Según la EBS 2021, el 30,9% de las personas mayores han pasado frío dentro de su vivienda durante el invierno del año anterior. Al respecto, numerosas personas entrevistadas mencionan que la calefacción se vuelve un equipamiento indispensable para contrarrestar el frío que ingresa a las viviendas, lo que repercute en su presupuesto mensual considerando la cantidad de horas que debe permanecer prendida.

Entrevistador: "¿Y usted cómo calienta su vivienda cuando hace frío?"

Persona mayor: "Eh... prendo la estufita. Y ahora, con el gas que está tan caro, no la he podido prender, ha subido hartito, mucho, mucho. Entonces, ocupamos el calefón y la cocina y este tubito para la estufa."

Entrevistador: "Entonces, ¿cada cuánto prende la estufa cuando hace frío? ¿Un rato...?"

*Persona mayor: "Un día como a las 6 de la tarde ya la prendemos, porque es muy... Mucho frío."
(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 74 años, zona urbana)*

Más allá de estas brechas en materia habitacional, las personas entrevistadas mencionan que las viviendas se encuentran bien

conservadas para ser habitadas de manera cómoda. Al respecto, destacan contar con equipamiento básico en términos de instalaciones, muebles y electrodomésticos (baño, ducha, cocina, estufa, televisión, etc.), que les permiten satisfacer sus necesidades más esenciales. No obstante, se suele reportar algún problema puntual de la vivienda (variable de persona en persona) que no ha podido ser solucionado por falta de financiamiento, considerando el gran gasto en el que deben incurrir las personas mayores para arreglar sus problemas estructurales. Según la EBS 2021, el 37,3% de las viviendas habitadas por personas mayores presentan goteras, humedad, deterioro de cimientos o suelos (cifra que aumenta al 53,9% de las personas mayores en situación de pobreza); el 12,5% presenta escasez de luz natural, y el 5,2% falta de ventilación. Asimismo, los relatos describen carencias prolongadas en materia de ayudas técnicas y adaptaciones a la vivienda (que les son provistas solo en algunos casos por el municipio o el consultorio). A modo de ejemplo:

Entrevistador: "¿Hay cosas que no le gustan de su casa? ¿O cosas que faltarían o que necesitan arreglos?"

Persona mayor: "Sí...a mi hijo le digo yo: 'quiero que me haga un...como para afirmarme para entrar a la cocina'...porque yo no puedo..."

Entrevistador: "Es peligrosa esa escalera..."

Persona mayor: "Claro, sobre todo bajar es muy peligroso. Me dice 'ya mami, si lo voy a hacer', pero no. Entonces eso. Y en el baño, para poderme sostener cuando me estoy duchando."

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 74 años, zona urbana)

Según ENDIDE 2022, el 7,5% de las personas mayores reporta que se les hace difícil o muy difícil vivir en su vivienda. Además, de las personas mayores con dependencia que ya cuentan con adecuaciones en su vivienda, un 21,2% señala necesitar barandas o pasamos, el 21% dice requerir tina o ducha (silla elevable), el 10,6% indica necesitar rampas o rebajes, el 7,8% requiere pisos adaptados, el 7,6% alarmas (incluyendo timbres, citófonos u otros) y el 6,2% mobiliario adaptado. De las personas mayores con dependencia que no utilizan adaptaciones en su vivienda actualmente, el 31,6% dice necesitar barandas o pasamanos, el 21% tina o ducha (silla

elevable), el 10% rampas o rebajes, el 8,5% pisos adaptados, el 5,2% alarmas (incluyendo timbres, citófonos u otros) y el 4,7% mobiliario adaptado.

El apoyo material que reciben de su familia y municipalidad, así como el retiro del 10% de las AFP, destacan como políticas que han permitido a las personas mayores algunas mejoras pendientes. No obstante, no todas las viviendas han podido ser reparadas y/o mejoradas a cabalidad. Los(as) investigadores(as) en terreno observaron viviendas en un estado más precario en comparación con el planteado por las personas entrevistadas, lo que se expresa especialmente en los déficits identificados en las **viviendas de zonas rurales**. Estas viviendas suelen presentar problemas relativos a los servicios sanitarios, entre los que destaca el acceso a agua potable mediante camiones aljibe, y pozos negros o letrinas en lo que respecta al servicio higiénico. Según datos de CASEN 2022, mientras el 0,7% de las viviendas de personas mayores en zonas urbanas no cuenta con sistema de eliminación de excretas, esta proporción se eleva al 5,4% de las personas mayores en zonas rurales.

Asimismo, como se observa en la figura 4.4, si el 98,9% de las viviendas en zonas urbanas reciben agua de la red pública, esa cifra se reduce al 56,1% de las viviendas en zonas rurales, que disponen de agua por medio de pozo o noria (25,2% versus 0,5% de las viviendas urbanas); río, vertientes, lagos o esteros (9,9% versus 0,1% para las viviendas urbanas); y camiones aljibe (7,4% en contraste con el 0,4% de las viviendas urbanas).

Figura 4.4: Proveniencia del agua de la vivienda que habitan las personas mayores según zona



El material cualitativo corrobora los datos presentados, como se aprecia en el siguiente fragmento:

Cuidadora: "A ella no la puedo llevar porque el baño está allá, está bien allá y hay que pasar un acequia con dos tablones, así que yo a ella la lavo por partes en la cama."

Entrevistador: "¿Y para el baño tiene wáter o tiene qué pozo? ¿Cómo?"

Cuidadora: "No, tenemos pozo negro."

Entrevistador: "Y ella con pañales como usted dice..."

Cuidadora: "Con pañales...es que nosotros no podemos hacer nada [para mejorar el baño], mientras no sea de nosotros."

(Persona mayor con dependencia severa, mujer, 55 años, zona rural)

Como se ve, la persona mayor preferiría ocupar pañales antes que ocupar el pozo negro disponible en la vivienda, según declaraciones de su cuidadora. Cabe destacar que en las casas ubicadas en zonas rurales, la presencia de adaptaciones o adecuaciones en las viviendas (como barras de baño, rampas portátiles, sillas de ducha, o cualquier otro elemento acorde a las necesidades del participante) era incluso más escasa, problema que los miembros del hogar se veían forzados a resolver apelando a su creatividad. Por ejemplo:

Entrevistador: "¿Y para otras cosas en su día a día, por ejemplo, lo que es ducha, lo que es cocinar?"

Cuidadora: "Para ducharlo, yo lo tengo que duchar a él, porque parado no se puede estar mucho tampoco. Yo lo ducho a él."

Entrevistador: "¿Y en el baño usted tiene manillas o algo para ayudarse?"

Cuidadora: "No, no. Tengo una ducha y él se afirma en un palito no más."

Entrevistador: "¿Ese lo puso usted?"

Cuidadora: "Claro, porque no tenemos ducha."

(Cuidadora de persona mayor con dependencia leve, 47 años, zona rural)

Es importante señalar que tanto en los casos rurales como urbanos, la construcción de las casas fue efectuada hace al menos tres décadas, por lo que han ido siendo mejoradas y arregladas en el transcurso de los años. Sin embargo, persisten problemas no estructurales, como goteras en los techos o fisuras en las murallas, además de la falta de adecuaciones en la vivienda para facilitar la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Por otra parte, en muchos casos los(as) investigadores(as) observaron situaciones preocupantes en términos de aseo, lo que se agrava con la presencia de numerosas mascotas (usualmente perros y/o gatos) que perjudican la **higiene y salubridad** del hogar. En algunos casos, se observó una gran acumulación de basura y desorden generalizado en la vivienda, lo que denota un abandono prolongado de las personas mayores por parte de sus familiares, y de apoyos formales ligados a programas del Estado y/o privados.

4.1.2. Vínculos y redes de apoyo

La familia se presenta como el mayor responsable del cuidado en múltiples áreas del quehacer cotidiano, lo que incluye contención emocional y tareas funcionales de apoyo (curaciones, suministro de medicamentos, estimulación cognitiva, por mencionar algunos ejemplos). Dentro de las personas entrevistadas, el rol de cuidadoras no remuneradas suele ser asumido por mujeres, mayoritariamente por las hijas de la persona mayor (salvo excepciones²⁶), quienes actúan como soporte indispensable en materia de salud, economía doméstica, participación social y recreación.

Amigos(as) y conocidos(as) pueden suplir la necesidad de apoyo ante la ausencia de vínculos familiares, cumpliendo funciones equivalentes a las que proporciona el apoyo familiar en el plano instrumental (haciendo compras, ayudando a la persona a desplazarse fuera de la vivienda, mediante apoyo monetario, etc.), o a la ayuda que entregan los(as) vecinos(as). Según la EBS 2021, el 43,9% de las personas mayores conoce a una persona

²⁶ Al respecto, cabe destacar que en una de nuestras entrevistas la cuidadora no remunerada era una amiga de la persona mayor (también de la tercera edad), y en otro era la ex-nuera de la persona cuidada.

(dentro y/o fuera del hogar) que pueda ayudarle en el cuidado de niños(as), dependientes o personas enfermas; el 62,9% conoce a alguien que pueda prestarle dinero en caso de emergencia; y el 74,6% conoce a una persona que pueda ayudarle a resolver consultas o realizar trámites.

La ayuda que entregan estas personas es más esporádica y puede carecer de la intensidad o reciprocidad afectiva que caracteriza a los vínculos familiares. Sobre las mismas relaciones de amistad, las personas mayores entrevistadas suelen conservar pocos(as) amigos(as), la mayor parte producto de su fallecimiento o de la imposibilidad de interactuar con ellos(as), dada la dificultad para salir de sus viviendas. Por lo mismo, los(as) amigos(as) suelen ser también vecinos(as) que, por la cercanía de sus viviendas, pueden mantener estable su vínculo mediante visitas continuas. Al respecto, los centros comunitarios resultan sumamente útiles para estimular los vínculos entre las personas mayores y sus pares, lo que será profundizado en la siguiente sección.

El apoyo y el cuidado no siempre son bien recibidos por las personas mayores. En algunas entrevistas se menciona explícitamente la sensación de vergüenza como razón para declinar la ayuda que pueden ofrecerles sus hijos(as), argumentando además que éstos tienen sus propios problemas que atender. Por ejemplo:

Entrevistador: "Este tipo de ayuda, como ayuda que recibe de familiares ¿Es seguido? ¿Con qué la ayudan a usted?"

Persona mayor: "Mi hijo viene dos veces al año. Es que yo no les pido. No, no les pido, ese es el problema. Por ejemplo, cuando vienen, él me deja cincuenta, sesenta mil pesos así y me dice, 'cuándo necesites mami, llámame'. No, no lo llamo. Si les nace a ellos bien, sino no, y él que vive aquí conmigo tampoco [...] Soy yo la que no quiero molestar. Ese es el problema."

(Persona mayor con dependencia leve, mujer, 64 años, zona rural)

De modo inverso, se describen algunas ocasiones en las que los(as) hijos(as) se muestran reticentes a proporcionar cuidado o apoyo a sus padres por la mala relación que han mantenido con ellos. Esta situación

suele ser descrita solo en los relatos de las cuidadoras. Ninguna persona mayor entrevistada hizo mención a prácticas de violencia física, psicológica u otro tipo de negligencia hacia sus hijos(as) en algún punto de su vida. Como diferencia de género, es importante destacar que en el marco de este tipo de experiencias usualmente se apunta más a hombres que a mujeres como padres “de trato difícil”, además de ser más frecuente el abandono por parte de los padres. Dada esta situación, es lógico que los(as) hijos(as) busquen retribuir a sus madres en la vejez.

Algunas personas mayores con dependencia leve también realizan actividades de cuidado a otras personas, sobre todo en lo que respecta a nietos(as) y a sus parejas (también mayores). Sobre el primer caso, como rasgo típico de la cultura chilena, algunas personas que conservan cierta autonomía contribuyen con el cuidado de sus nietos(as), rol que ejercen con gran orgullo, compromiso y dedicación. No obstante, en ciertos casos, la persona debe dedicar parte de sus escasos ingresos a comprar insumos para su nieto(a), lo cual impacta en su presupuesto mensual.

En muchos casos, las cuidadoras no remuneradas suelen serlo de sus parejas, que también son personas mayores. El cuidado que suelen desplegar las personas mayores tiende a ser limitado si su estado de salud es frágil y enfrentan una situación económica adversa, por lo que no resulta óptima ni sostenible la mantención de este tipo de rutinas.

Los relatos de las personas mayores que han experimentado el fallecimiento de su pareja u otros familiares significativos²⁷ dan cuenta del impacto devastador de este hito en su integridad física y mental, destacando como punto de inflexión en su trayectoria de salud. Así, el shock psicológico puede inducir cuadros depresivos que reducen la participación social y realización de actividades cotidianas por parte de la persona mayor, lo que a su vez deteriora su estado físico, agrava patologías existentes y acelera el proceso de pérdida de funcionalidad. A modo de ejemplo:

“No, para nada, ella transitaba para todos lados, todo bien. Hasta que bueno, se produjo la muerte de mi hermano, y después mi papá. Entonces ahí

²⁷ Principalmente mujeres, lo que se condice con su mayor esperanza de vida en comparación a los hombres.

ella se fue quedando, no quiso salir más, no quiso ir a paseos, no quiso nada, hasta que llegó el momento que se murió la mamá y no quiso salir.”
(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, zona urbana)

4.1.3. Participación social en actividades comunitarias

Para efectos del presente análisis, la participación social en actividades comunitarias abarca actividades colectivas organizadas por grupos vecinales (como clubes del adulto mayor), parroquias o la municipalidad, y fundaciones (como las dispuestas por el programa PADAM del Hogar de Cristo, que además de organizar actividades vincula a las personas con otras en el territorio). También engloba actividades familiares como las realizadas para conmemorar fechas importantes. La relevancia de esta dimensión del bienestar se explica por la interacción de la persona mayor con personas fuera de su círculo más próximo y habitual, permitiéndole cambiar de entorno físico y social. Sobre este último aspecto, la participación social permite estimular la capacidad cognitiva de las personas mayores, junto con impactar positivamente en su bienestar subjetivo y mejorar su salud en general (Kelly et al., 2017; Levasseur et al., 2010). La participación en actividades de la comunidad es un indicador de inclusión que permite a las personas mayores sobreponerse al aislamiento y construir un sentido de pertenencia social, en espacios que reconocen y las validan como personas. La importancia de estas instancias es mayor considerando que, según la EBS 2021, un 16,5% de las personas mayores se han sentido maltratadas o pasadas a llevar (categorías “algo”, “bastante” y “mucho”).

En cuanto a las principales organizaciones en las que participan, según la EBS 2021 del total de personas mayores el 22,6% dice haber participado en los últimos seis meses en una iglesia (versus el 12,7% de las personas menores de 60 años), el 15,9% en juntas de vecinos (en comparación al 10,9% de las personas menores de 60 años), el 9,5% en fundaciones o grupos de beneficencia, y el 6,8% en grupos culturales o deportivos. Según las entrevistas analizadas, la participación en actividades comunitarias varía entre la indiferencia y un alto interés en participar. En el caso de quienes participan en actividades comunitarias, son especialmente valorados y recordados los paseos organizados a localidades aledañas. Sin embargo, las personas entrevistadas remiten a una serie de razones externas que se interponen a la realización de este tipo de actividades comunitarias,

entre las que mencionan la insuficiencia de financiamiento, la disolución de organizaciones comunitarias por falta de socios(as), la falta de un recinto propio y la suspensión de actividades producto de la pandemia.

“Aquí en el barrio hay actividades po, hay organizaciones que... está el centro de abuelos al que ella pertenecía. Ya no quiso más ir, yo le ofrecí que la llevamos en silla de ruedas. Acá de hecho los abuelos la venían a ver cuándo podían, venían a visitarla, pero repito, la pandemia. [...] yo me acuerdo que antes en el hogar, que igual por la pandemia no se pudo seguir haciendo, los sacaban a paseos.”
(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, zona urbana)

Es importante destacar que, según la EBS 2021, el 19,3% de las personas mayores ha tenido bastante o muchas dificultades para asistir a reuniones sociales, culturales o deportivas producto de su estado de salud. Aunque las dificultades para desplazarse pueden parecer a simple vista un obstáculo individual, es posible entender este tipo de problemas como una barrera institucional a la inclusión social. Una meta para las políticas públicas corresponde a proporcionar los medios necesarios para facilitar a las personas mayores el pleno disfrute de sus derechos, lo que incluye el acercamiento a los establecimientos en los cuales se desarrollan actividades para mantener su capacidad funcional y bienestar integral.

En cuanto a los factores individuales, la misma personalidad de cada persona puede ser más afín a la participación en organizaciones comunitarias, o simplemente no ser compatible con el involucramiento en actividades grupales. Sobre esto último, es relevante destacar que no todas las personas pueden tener como motivación para asistir el simple acto de socializar, más bien, pueden estar interesadas en participar en actividades con algún componente pedagógico (como talleres o visitas a museos).

Las entrevistas de personas mayores con dependencia leve y moderada, dan cuenta de una alta valoración de la participación en actividades familiares. Para facilitar la participación efectiva de la persona mayor, la celebración se traslada a su vivienda o bien se le dispone de transporte para que pueda acudir al punto de encuentro, en fechas festivas como cumpleaños, navidad o fiestas patrias. Claro está, este tipo de facilidades no son provistas en todos los casos, por lo que los problemas relativos al desplazamiento también se plantean como un obstáculo a la participación

en instancias familiares.

“Porque para ir a otra parte hay que estar moviéndose, para sentarse uno en su puesto. Para comer también me cuesta, porque tengo que estar en un piso de estos, y para la silla que tengo me queda así [muestra incomodidad]. Tengo que tomar el catre y listo. Entonces no puedo. ¿Cómo se mueve una persona? Por eso ya no salgo tanto tampoco. Antes claro que salía porque tenía más movimiento, ahora no.”
(Persona mayor con dependencia severa, hombre, 82 años, zona urbana)

4.1.4. Salud

La vejez es una etapa que puede encontrarse acompañada de un considerable deterioro biopsicosocial, puesto que con el paso de los años se incrementa la probabilidad de que aparezcan nuevas enfermedades y se intensifiquen las ya existentes. Como plantea el enfoque de determinantes sociales de la salud, si bien el componente genético contribuye a explicar la salud de los individuos a lo largo de todo el ciclo vital, el estado de salud depende en gran medida de factores externos, tales como los hábitos alimenticios, accesibilidad a servicios y tratamientos de salud, tipos y grados de esfuerzo laboral, entre otros. Por lo mismo, la vejez resalta como una fase privilegiada para observar la acumulación de daños en la persona, que incrementa el riesgo de experimentar un deterioro en su salud.

En términos generales, las personas entrevistadas reportan la coexistencia de múltiples patologías crónicas y otras asociadas a la vejez: diabetes, hipertensión, fatiga y atrofia muscular, dolores y otros reumatismos, entre muchos otros ejemplos. Según la EBS 2021, al consultar a las personas por su estado de salud en base a una escala de 1 a 7 (donde 1 es muy mal y 7 es muy bien), el 5,7% de las personas entre 18 y 59 años responde con una nota entre 1 y 3, en comparación al 10,6% de las personas mayores. En la misma línea, según CASEN 2022 el 24% de las personas mayores han sufrido algún problema de salud, enfermedad o accidente, en contraste con el 15,6% de las personas menores de 60 años. Según la EBS 2021, en relación al estado de salud mental de las personas mayores, el 16,7% ha sentido poco interés o placer en hacer cosas más de la mitad o casi todos los días; el 13,1% se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza con la misma frecuencia, y el 15,4% se ha sentido nervioso, ansioso o con los

nervios de punta más de la mitad o casi todos los días.

Como indicio de una trayectoria de vida expuesta a contextos de pobreza, muchos de los problemas de salud mencionados se vinculan a actividades laborales marcadas por la sobrecarga cotidiana de las articulaciones, y a un desgaste progresivo de las mismas. Predominan la alusión al desempeño en labores agrícolas y otros trabajos de gran carga física por parte de las personas entrevistadas (tanto en zonas urbanas como rurales), en las que durante largas jornadas de trabajo debieron forzar sus rodillas y caderas al permanecer agachadas, y otras partes del cuerpo como sus hombros y muñecas al cosechar verduras o recolectar frutas. A modo de ejemplo:

“Raleando racimito por racimito arriba de un banquito, y después en la cosecha cortar y limpiar la uva en los empaques, en los kiwis, todas esas cosas [...] años atrás no se cumplía horario, sino que usted podía estar desde las dos de la tarde y salir a las tres de la mañana, entonces todo eso pasa la cuenta po. Con quien se encuentra uno de las [personas] que trabajamos allá [se queja]: ‘ay que las rodillas’, ‘que los brazos’, ‘que todo’, es que a veces el frío también se trabajaba mucho con el frío. La fruta helada a veces, aunque se metiera con traje igual los cambios de temperatura... entonces todo eso influye po.”
(Persona mayor con dependencia leve, mujer, 64 años, zona rural)

La realización prolongada de trabajos manuales intensivos sin medidas de cuidado genera consecuencias en la salud que son visibles en la vejez. Como se desarrollará en mayor profundidad en la subsección de Educación y Trabajo (1.2.6.), el trabajo pesado -como factor de deterioro físico en la vejez- comienza a aparecer a temprana edad en la vida de las personas entrevistadas.

Como otro determinante de la salud, es fundamental recalcar que las posibilidades de ralentizar, revertir y el controlar las enfermedades que reportan las personas entrevistadas, están ligadas a su acceso a servicios de salud y al desempeño de los mismos. Al respecto, la percepción positiva de los servicios de salud pública es visiblemente menor a las críticas que

²⁸ Las personas entrevistadas se atienden casi exclusivamente en el servicio público de salud. En algunos casos muy excepcionales, se mencionan experiencias pasadas de realización puntual de exámenes en el sistema privado.

se expresan sobre ellos²⁸. Entre los múltiples y profundos problemas que se reportan en relación al sistema de salud, se menciona la dificultad para agendar horas a consultas tanto a personas mayores como a sus cuidadoras en caso de existir. A modo de ejemplo:

Cuidadora: "Para tomar una hora tengo que levantarme...estar allá como a las...un cuarto para las seis de la mañana, más o menos. Incluso ya hay gente a esa hora [...] hasta las 7:30 que abren. El guardia llega y da los números. Y empiezan a dar las...no, como un cuarto para las ocho me parece que dan los números, algo así, pero ya a las 8 empieza la atención. Pero, las señoritas como llegan, tienen que tomarse el café, que la conversa de lo que hicieron en el día, entonces ahí se ponen a conversar y se van tirando para atrás. No digo que todas son iguales, pero sí algunas hacen eso y es muy desagradable. Porque...yo he estado afuera, ¿cuánto? Tres, cuatro horas, muerta de frío, y para que ellas hagan eso, es una falta de respeto. Entonces, imagínese, no tan solo voy yo, va mucha gente que también es tercera edad y está en esa fila".

Entrevistador: "¿Y tienen que esperar en la calle?"

Cuidadora: "Sí po, en la calle. En la calle hay que esperar para que el guardia abra la puerta o llegue la señorita que llega a las 7:30, 7:45 para dar los números y empezar a hacer la fila hacia dentro..."
(Cuidadora de persona mayor con dependencia moderada, 43 años, zona urbana)

Lo anterior resulta más complejo en el caso de los servicios médicos especializados. Según la EBS 2021, el 39,4% de las personas mayores han tenido problemas para conseguir hora con un médico especialista. Con respecto a conseguir hora para una operación, el 22,1% de las personas mayores han tenido problemas, versus el 14,4% de las personas menores de 60 años. Para quienes se encuentran en situación de pobreza, el 33,7% de las personas menores de 60 años han tenido problema para conseguir hora para una operación, proporción que alcanza al 46% de las personas mayores.

Asimismo, se mencionan problemas relacionados al traslado desde y hacia los recintos de salud, ya sea para consultas, controles o tratamientos, o en

casos de urgencias médicas.

*“Tuve que llevarla en un auto, porque no me pude conseguir [ambulancia], porque fui al consultorio y la respuesta más fácil: ‘no, no tenemos chofer para la ambulancia’ ‘¿Cómo?’ ‘No, no hay chofer. Se fue el chofer que había.’ ‘Ah, okey. Gracias.’ Pedí ayuda en Nocedal que había una cosita que me había dicho la señora del adulto mayor, tampoco, ni me pescaron, no me dieron ni bola. Tuve que llevarla sentada en un auto que me conseguí, amarrada del torso porque hay que afirmarla, porque ella no sostiene nada. Y allá bajarla como pude la silla de ruedas, llevar esta silla para poder montarla, llegué allá, la vio el doctor, a pabellón porque tenía que llevarla a pabellón y me la tuve que traer en el auto sentada, que el doctor me dijo: ‘pero, cómo se la va...’, yo le dije: ‘sí, pero si yo llamé al hospital para solicitar una ambulancia y ellos me dijeron que ellos no tenían que preocuparse de eso. Que eso yo tenía que verlo por afuera; yo traté en la municipalidad, aquí que es de la municipalidad’, le dije: ‘no me escucharon. Fui al consultorio y tampoco.’”
(Cuidadora de persona mayor con dependencia moderada, 38 años, zona urbana)*

La dificultad para asegurar una hora médica y para asistir a los establecimientos de salud resulta especialmente preocupante en entornos rurales, considerando la distancia que separa a las personas de estos recintos, y las dificultades para acceder a medios de transporte que les permitan llegar a éstos.

*“Ahora mismo, a él le toca médico y yo para llevármelo para afuera me lo tengo que llevar a pie hasta el CESFAM...claro, porque no tengo como para pagar un taxi, para llamar a la ambulancia hay peros, hay que sacar hora para llamar la ambulancia. Y yo para llevarlo a él al pueblo, tengo que irme a pie con él de aquí allá, y de allá venirme caminando.”
(Cuidadora de persona mayor con dependencia leve, 47 años, zona rural)*

Son numerosos los casos que narran negligencias en materia de diagnósticos y/o tratamientos, con profundas consecuencias en la salud física y mental de la persona mayor. Según la EBS 2021, el 92,3% de las personas mayores que se han sentido maltratadas o pasadas a llevar

señala haberlo experimentado en un centro de salud. El punto común entre las negligencias y el maltrato es el efecto que producen a nivel emocional, o más explícitamente, el sentirse pasado a llevar por otra u otras personas o por una institución en su conjunto. En esta misma línea, dada la frecuencia y el tono con el que se describen, merecen especial atención las quejas por el trato que las personas mayores reciben por parte del personal de los centros de salud, ya sean médicos, enfermeras (o personal técnico en enfermería) y personal administrativo, quienes en muchas ocasiones son percibidos como trabajadores(as) cuyo trato es indiferente y despectivo. Al respecto, no resulta excepcional la descripción de médicos que reducen al mínimo el tiempo de interacción con los pacientes, subestiman sus dolencias y se limitan a recetar medicamentos. Por ejemplo:

“Uy, no me diga nada. Es una porquería de consultorio. Una porquería. Imagínese, una vez, yo me acuerdo que mi mamá estaba con una infección urinaria, la llevé al médico. Bueno, ella fue porque yo le saqué la hora, porque me tengo que levantar muy temprano para sacarle la hora, para que ella no vaya, entonces voy yo. Ella fue y yo me tuve que venir, porque igual tengo que mandar a mi hijo al colegio y todo, entonces ella quedó allá. Y la tipa no le dio los antibióticos. Mi mamá cayó al hospital con una nefritis horrible. Estuvo más de una semana hospitalizada. O sea, usted se imagina lo furiosa que estaba yo con esa tipa. Fui a encararla y todo. En el consultorio abusan mucho de la tercera edad, mucho. A mí, personalmente, yo lo veo así.”
(Cuidadora de persona mayor con dependencia moderada, 43 años, zona urbana)

En la misma línea, no todos los medicamentos recetados en los consultorios o CESFAM son entregados de manera gratuita por los centros de salud, ya sea porque no están contemplados dentro de la canasta o por falta de stock. Este problema suele afectar tanto la salud como la economía de las personas. A modo de ejemplo:

Entrevistador: “¿Y qué cosas no le alcanza o no puede costear?”

Persona mayor: “Los remedios, están carísimos los remedios ahora.”

Entrevistador: "¿Y no se los pasa el consultorio los remedios?"

Persona mayor: "Me pasan muchos remedios, pero...para los dolores. Los caros los tengo que comprar. Por ejemplo, el Paracetamol me lo dan en el consultorio."

Entrevistador: "¿Los más caros no?"

Persona mayor: "No, no, los tengo que comprar."

Entrevistador: "¿Y cómo lo ha hecho usted? ¿Hay veces no se los puede comprar nomás?"

Persona mayor: "No, no me los puedo comprar."

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 74 años, zona urbana)

Las dificultades mencionadas figuran como obstáculos a la atención en salud que acelera el deterioro físico y mental de las personas mayores. Ya sea por defectos ligados a la entrega insuficiente de recursos o por deficiencias en materia de ejecución, el sistema público de salud presenta brechas que impactan en la trayectoria de salud de las personas mayores.

4.1.5 Ingresos

Como se mencionó en secciones anteriores, los ingresos de las personas mayores corresponden a una de las problemáticas de la vejez con mayor resonancia en la opinión pública. Entre los años 2016 y 2017 se comenzaron a posicionar con especial fuerza las brechas en materia previsional, denunciando los insuficientes montos de las pensiones por vejez y la correspondiente necesidad de las personas mayores por continuar trabajando para complementar La Tabla 4.2 muestra las diferencias en la composición del ingreso de las personas mayores, según el quintil de ingreso en el que se encuentran. Las personas mayores en los quintiles de más bajos ingresos generan una menor proporción de ingresos del trabajo²⁹ y otros

²⁹ "Corresponde a los ingresos que obtienen todos los miembros del hogar, excluido el servicio doméstico puertas adentro, en su ocupación por concepto de sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente y la auto-provisión de bienes producidos por el hogar." (Data Social, 2022).

ingresos autónomos (como jubilaciones autofinanciadas) en comparación con las personas mayores de más altos ingresos. Por consiguiente, a menor quintil se evidencia una mayor dependencia de subsidios (como la PGU). Por el contrario, quienes se ubican en los quintiles de más altos ingresos generan una mayor proporción de ingresos autónomos³⁰.

Tabla 4.2: Composición del ingreso de personas de 60 años y más por quintil de ingreso autónomo per cápita

	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Ingreso del trabajo	10,7%	26,4%	38,1%	47,4%	64,4%	44,6%
Otros ingresos autónomos	24,9%	42,0%	41,9%	41,8%	33,4%	36,8%
Subsidios monetarios	64,4%	31,6%	20,1%	10,7%	2,1%	18,6%
Ingreso total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CASEN 2022.

Como se aprecia en los datos y en las entrevistas analizadas, las pensiones³¹ corresponden al principal ingreso de las personas mayores consultadas. Considerando que en muchos casos las personas trabajaron de manera informal (es decir, sin contrato y/o imposiciones por parte de su empleador), la mayor parte de los(as) entrevistados(as) recibe la Pensión Garantizada Universal (ex-Pensión Básica Solidaria), mientras que una menor parte señala estar pensionado bajo la modalidad de retiro programado o renta vitalicia. Asimismo, las personas destacan algunos bonos entregados de manera estable por el Estado (como el bono invierno) y otros excepcionales (como el IFE) como facilitadores en el ámbito económico. En el caso de quienes cotizaron durante su vida laboral (o en el caso de que lo hayan hecho sus parejas), la pensión tiende a ser mayor.

³⁰ Incluye ingresos como, por ejemplo, jubilación o pensión de vejez, montepío o pensión de viudez, u otro tipo de pensión (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2018).

³¹ En sus distintas modalidades, incluyendo pensiones por invalidez gestionadas antes de la edad de jubilación.

Algunas personas mayores y cuidadoras logran desarrollar actividades remuneradas a modo de micro-emprendimientos que les permiten complementar sus ingresos. El siguiente ejemplo es de una persona mayor de 73 años que, además de dedicar tiempo y esfuerzo a este tipo de actividades, debe cuidar a su madre en mayor situación de dependencia:

“Mi mamá dijo: ‘vas a estudiar moda’. Y yo: ‘ay no me gusta. ‘Ya’, le dije yo, ‘voy a estudiar’, pero no quería. Y al final estudié y me ha servido mucho en la vida porque...mire, no gano tanta plata pero siempre tengo, siempre me llega, igual sirve para el diario, para comprar cualquier cosa, que uno todos los días tiene que comprar cosas, aunque tenga mercadería, siempre tiene que comprar el pan, hay muchas cosas que comprar todos los días. Así que igual me sirve. Y tengo mucha clientela. Antes me mandaban a hacer costura, nueva, hechura, pero ahora ya hace varios años que mandan a hacer puros arreglos, no ve que la ropa está tan barata. Pero me llegan muchos arreglos.”

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 73 años, zona urbana)

En el plano de los egresos, los principales gastos que destacan las personas entrevistadas corresponden a los básicos: agua, electricidad, calefacción y alimentación. Como se señaló en secciones anteriores, en algunos casos los hogares deben gastar importantes sumas de dinero para transportarse a los servicios de salud, variando en periodicidad pero con un alto impacto en el presupuesto mensual. De igual forma, en ocasiones deben recurrir a medicamentos no proporcionados por el consultorio, lo cual implica un gasto que complica tanto a las personas mayores como a sus cuidadoras. Sobre esto, según la EBS 2021 el 30,3% de las personas mayores ha tenido problemas para poder pagar sus medicamentos por su alto costo. Este problema conlleva que se opte por comprar medicamentos a vendedores informales, lo cual denota las expone a diversos riesgos (estado de conservación, rotulado, efectos, etc.). Por ejemplo:

Entrevistadora: “¿Hay cosas que usted no pueda costear [...] con los ingresos que juntan? ¿Gastos de salud, medicamentos...?”

Persona mayor: “o, no la verdad [...] tomo muchos remedios para el dolor. O sea, ayer no más me compré dos cajas. Si yo las comprara en farmacias, no podría comprármelas. La verdad que yo las compro en la feria.”

(Persona mayor con dependencia leve, mujer, 65 años, zona urbana)

Aunque no son frecuentes entre las personas entrevistadas, en los casos donde ha fallecido la pareja u otro familiar, los gastos de sepultura también corresponden a un ítem que consume una parte importante de los ingresos del hogar.

Persona mayor: “Por eso le digo yo, que con eso yo tengo que darme vuelta para todo. Para el gas, para la luz, para el agua. Pago cable. Estoy pagando la sepultura”.

Entrevistadora: “¿Y la sepultura cuánto le sale?”

Persona mayor: “Veinticinco mil mensual.”

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 72 años, zona urbana)

Los gastos mencionados, contrastados con los ingresos que conforman el presupuesto mensual del hogar, pueden sumergir a las personas mayores en una permanente situación de adversidad económica. Según datos de la EBS 2021, el 38,5% de las personas mayores señala que el ingreso total del hogar (tomando como referencia el del mes pasado) no les alcanzó, experimentando algunas o muchas dificultades como consecuencia. Esta proporción asciende al 63,1% de las personas mayores que están en situación de pobreza. Ambas son mayores en comparación a la población menor de 60 años, de la cual el 33,2% indicó que no le alcanzó su ingreso del mes pasado. De modo más específico, el 8,8% de las personas menores de 60 años señaló que su ingreso no les permite pagar servicios básicos (como luz, agua y gas), y el 13,5% afirmó que no les permite pagar los alimentos. Ambas cifras son menores en comparación a las arrojadas para las personas mayores en situación de pobreza: al 24,4% no le permite pagar servicios básicos y al 31,6% no le resulta suficiente para pagar alimentos. En relación al material cualitativo, las personas entrevistadas –mayores y cuidadoras– en general reportan serias dificultades para satisfacer sus necesidades básicas con los ingresos de los que disponen, lo que impacta incluso en la necesidad humana más básica: la alimentación³². A modo de ejemplo:

³² Sobre este punto, se observó que algunas personas entrevistadas en espacios rurales cuentan con medios de auto-sustentabilidad alimenticia (huertos que proveen verduras y cría de animales de granja para consumo), aunque este punto fue escasamente mencionado por ellas en el marco de las entrevistas. Como es de esperar, sus necesidades económicas se dirigen –más bien– al pago de cuentas y transporte.

Entrevistador: "¿Hay cosas para las que no le alcanza?"

Persona mayor: "A veces... ahora mismo po, pregúnteme, tengo el refrigerador peladito. No tengo ni pan. Y estamos a... ¿cómo? tengo pago el quince. Así que más rato a ver si llamo a mi hijo, acaso tiene plata, para que me venga a dejar para el pan po. Si es que tiene él po."

Entrevistador: "¿Y eso le ha pasado otros meses? ¿Qué no le queda plata para...?"

Persona mayor: "Sí, de repente. Sí, si me ha pasado, si por eso... [...] bueno, ahí...tengo que batírmelas nomás po. Con lo que alcanza, como hago en una ollita chiquitita comida, a veces me queda para el otro día."

Entrevistador: "Pero, ¿hay veces que no come? Por ejemplo, ¿o come muy poco?"

Persona mayor: "Sí, como poco. A veces la carne...a veces...toda la semana que yo no veo la carne."

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 72 años, zona urbana)

Frente a esta situación, la ayuda de familiares (usualmente hijos(as) que viven con la persona mayor o que la ven esporádicamente) se vuelve indispensable. En este sentido, la familia suele proporcionar complemento monetario o especies, como alimentos, balones de gas, medicamentos, transporte, ayuda técnica adicional a la proporcionada por el consultorio, y arreglos a la vivienda de ser necesarios. Por ejemplo, el Estado solo entrega un colchón anti-escaras al año, lo que en algunos casos no es suficiente. Por ejemplo:

"Hay que estarle constantemente cambiando los colchones anti escara, porque usted sabe que estos se pinchan y en el consultorio le trajeron uno que le duró como un mes y se pinchó, y me dijeron que se entregaba el colchón anti escara una vez al año. Hartas trabas. 'Ah ya okey', tuve que hacer la plata, comprarle otro."

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, 38 años, zona urbana)

Sobre este punto, es importante reiterar que las personas mayores en general se muestran reticentes a solicitar ayuda económica a sus familiares (principalmente hijos o hijas), por temor a molestarlos o por encontrarse también en situación de vulnerabilidad. A modo de ejemplo:

“Y a mí no me alcanzan las fuerzas señorita. Y no voy a estar obligando a mis hijas que me den. Ellas tienen su vida, son casadas, tienen hijos, tienen nietos. Me da vergüenza estar todo el día detrás de esto y detrás de esto otro, si sé que no tienen. Qué le vamos hacer...”

(Persona mayor con dependencia severa, mujer, 83 años, zona rural)

Por lo tanto, sin considerar la ayuda que proporciona de forma permanente la cuidadora no remunerada, el apoyo del resto de la familia suele ser entregado de manera ocasional, cuando sus miembros se percatan de la necesidad de la persona mayor en visitas esporádicas.

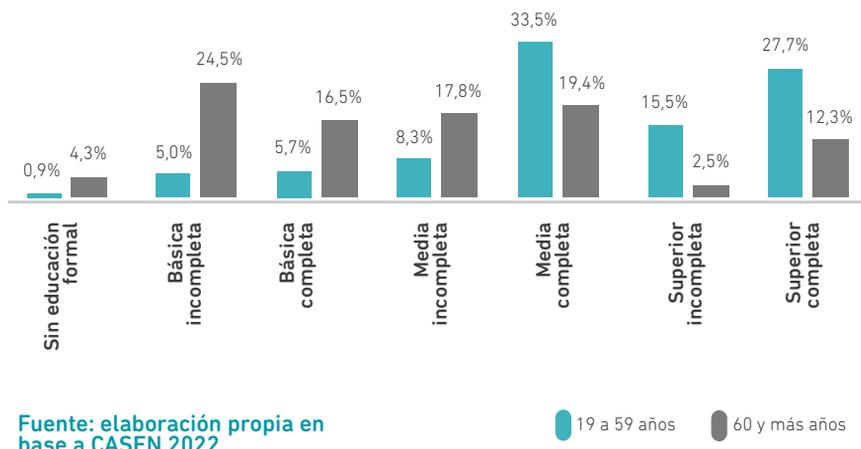
En el ámbito de la autonomía decisional financiera, cuando se trata de personas con dependencia leve y moderada, generalmente ellas resuelven cómo se gastan los ingresos del hogar. En algunos casos, las personas delegan la administración de los ingresos a sus cuidadoras (en la gran mayoría de los casos, las hijas) para que ellas hagan las compras y paguen las cuentas, aunque de todos modos suelen validar los gastos con la persona mayor. En casos de dependencia severa, la decisión de qué se compra recae en la cuidadora, aunque depende en gran medida de la presencia de las afecciones mentales que presente cada persona y de su grado de avance.

4.1.6. Educación y trabajo

Un patrón muy presente en los relatos de las personas mayores corresponde al quiebre de sus trayectorias educativas antes de ingresar a la educación media (o al nivel equivalente en esa época). Nacer y crecer en contextos de pobreza se suma a la presencia de instituciones que garantizan escasas prestaciones sociales, lo que impacta en la posibilidad de desarrollar una trayectoria escolar “esperable” a la edad de las personas. Según CASEN 2022, las personas mayores alcanzan un promedio de 9 años de escolaridad, en comparación a los 11,6 años de promedio para las personas de 45 a 59 años, a los 13,7 para las personas entre 30 y 44 años, y a los

13,6 para las personas ente 19 y 29 años. En la misma línea, como se aprecia en la Figura 4.5 el 5,1% de las personas mayores no cuenta con educación formal, versus el 1,5% de las personas entre 19 y 59 años. Asimismo, el 24,5% de las personas mayores cuenta sólo con educación básica completa, en comparación al 5% de las personas de 19 a 59 años.

Figura 4.5: Nivel de escolaridad



Al respecto, la incipiente cobertura de educación pública y la normalización del trabajo infantil son factores que surgen de manera frecuente en los relatos. La interrupción de las trayectorias educativas se vincula estrechamente con la falta de acceso universal a la oferta de educación en esa época, lo que se asocia con la indiferencia que podía demostrar la familia al respecto. Por ejemplo:

Entrevistador: "¿Usted estudió en el colegio?"

Persona mayor: "Sí, pero no tanto. Quedé sin mamá cuando tenía nueve años. Quedé chica... No es nada tanto lo que estudié."

Entrevistador: "Y cuando murió su mamá, ¿dejó de estudiar?"

Persona mayor: "Sí, cuando se murió mi mamá, después mi papá no me mandaba, pasaba él trabajando. Él trabajaba por turnos, entonces no se preocupaba tanto que yo fuera al colegio. Si yo iba, iba, y si no, no po."

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 72 años, zona urbana)

Como señalan las mismas personas, sus propias familias incentivaban el trabajo infantil (en algunos casos incluso antes de cumplir los 10 años de edad), dando lugar a un tipo de trayectoria aceptada en el contexto histórico y cultural abordado.

Persona mayor: "Entonces, no tuve la oportunidad de estudiar. Mi hermana me trajo a Santiago [desde el campo] y empecé a trabajar de muy chica".

Persona mayor: "De muy chica empecé a trabajar en una casa particular".

Entrevistador: "¿De qué edad, más o menos, empezó a trabajar?"

Persona mayor: "De como ocho o nueve años."

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 74 años, zona urbana)

Más aún, los trabajos desempeñados por las personas mayores a lo largo de su trayectoria laboral suelen corresponder a trabajos manuales no calificados, resaltando el trabajo en casa particular, en el caso de las mujeres, y de apoyo a labores agrícolas, tanto para hombres como para mujeres. Como se mencionó en secciones anteriores, la realización de labores pesadas desde temprana edad es identificada en muchas ocasiones como un factor de desgaste de las articulaciones (rodillas, tobillos, caderas). La drástica pérdida de funcionalidad resalta como la principal razón que explica el abandono de las actividades laborales en los relatos. Aparejado al proceso de envejecimiento, la trayectoria de las personas culmina con la jubilación. Sin embargo, ésta no siempre se concretiza en la edad correspondiente, lo que se observa en la recepción temprana de pensiones por invalidez por parte de muchos(as) entrevistados(as). Según las entrevistas, las personas mayores suelen señalar que les gustaría desempeñar alguna actividad remunerada, pero que sus múltiples problemas de salud –y la incertidumbre en torno a episodios de crisis– se los impide. Sobre esto último, según la EBS 2021, el 22,6% de las personas mayores han tenido bastante o muchas dificultades para trabajar por su estado de salud (proporción que alcanza al 9,9% de las personas menores de 60 años).

En algunos casos, las personas continúan desarrollando actividades laborales desde sus hogares a modo de "emprendimiento", a través de actividades como cocina o costura. Este tipo de actividades son mencionadas exclusivamente por mujeres. También se plantean algunos casos de mujeres mayores que han incursionado laboralmente o buscan hacerlo vendiendo ropa o alimentos en la vía pública. Este tipo de actividades surge

por la necesidad de complementar ingresos, aunque también sirve de entretenimiento. Así, la realización de estas actividades es muy valorada, en la medida que les permiten obtener ingresos extra y aumentan la sensación de control de la propia vida en las personas mayores.

Figura 4.6: Síntesis de las principales necesidades y brechas de las personas mayores

Barrio

- La inseguridad y la falta de accesibilidad son los principales obstáculos para participar en la vida barrial. El 42,2% de las personas mayores ha visto gente consumir drogas o alcohol en la vía pública en el último mes (EBS 2021). El 6% de las viviendas habitadas por personas mayores en entornos urbanos no cuenta con servicio de transporte público a al menos 8 cuadras o 1 km, cifra que sube al 32,7% en el caso de viviendas con personas mayores en entornos rurales (EBS 2021).

Vivienda

- Viviendas con mal aislamiento térmico. El 30,9% de las personas mayores ha pasado frío dentro de su vivienda durante el invierno (EBS 2021).
- Se evidencian viviendas no adaptadas para la funcionalidad de las personas mayores. El 7,5% reporta que se les hace difícil o muy difícil vivir en su vivienda (ENDIDE 2022).
- Las viviendas en zonas rurales tienden a ser más precarias en comparación a las en zonas urbanas.

Vínculos y Redes de Apoyo

- La familia es el principal soporte de la persona mayor. El cuidado suele ser asumido por una mujer de la familia, cuya sobrecarga se explica en parte por el abandono del resto de sus familiares.
- El 44 % de las personas mayores con dependencia que disponen de cuidadoras y cuidadores permanentes en el hogar perciben un apoyo social débil (ENDIDE 2022).

Participación Social en Actividades Comunitarias

- Las actividades comunitarias son valoradas por las personas mayores. Sin embargo, múltiples razones se interponen a su participación efectiva. El 19,3% de las personas mayores ha tenido bastante o muchas dificultades para asistir a reuniones sociales, culturales o deportivas producto de su estado de salud (EBS 2021).

Salud

- Se evidenciaron numerosas barreras a la atención en servicios de salud. El 39,4% de las personas mayores ha tenido problemas para conseguir hora con un médico especialista (EBS 2021). El 22,1% de las personas mayores ha tenido problemas para conseguir una hora para una operación, proporción que se eleva al 46% de las personas mayores en situación de pobreza (EBS 2021).
- Son frecuentes las alusiones a tratos displicentes y negligencias por parte del personal de salud. El 92,3% de las personas mayores que se han sentido maltratadas o pasadas a llevar señala haberlo experimentado en un centro de salud (EBS 2021).

Ingresos

- Las personas mayores presentan dificultades para satisfacer sus necesidades. El 38,5% señala que el mes pasado no le alcanzó su ingreso total mensual del hogar (EBS 2021). Al 24,4% no le permite pagar servicios básicos, y al 31,6% no le resulta suficiente para pagar alimentos (EBS 2021).

Educación y Trabajo

- Las personas con 60 años y más es el tramo etario con menor nivel de escolaridad. Este tramo presenta 9 años de escolaridad promedio, versus 11,6 para las personas de 45 a 59 años, 13,7 para las personas entre 30 y 44 años, y 13,6 para las personas ente 19 y 29 años (CASEN 2022).
- Los problemas de salud impiden que muchas personas mayores con intenciones de reinserirse laboralmente puedan hacerlo. Algunas recurren a micro-emprendimientos para complementar sus ingresos.

4.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS CUIDADORAS NO REMUNERADAS DE PERSONAS MAYORES

La experiencia de las cuidadoras no remuneradas engloba distintas realidades en cuanto al tiempo que dedican cotidianamente a la persona mayor. En la mayoría de los casos la cuidadora no remunerada vive en la misma vivienda que la persona mayor, mientras que en otros generalmente vive cerca (lo cual posibilita la realización constante del cuidado). En algunos casos el cuidado es permanente, comenzando desde que la cuidadora se despierta y extendiéndose de manera intermitente durante la noche. En otros, cuando la cuidadora no remunerada cuenta con un trabajo remunerado, las labores de cuidado tienden a estar segmentadas en aquellos espacios de tiempo que le quedan disponibles dentro de la

vivienda. Es decir, en la mañana y en lo que resta de la tarde y de la noche. Lo expuesto por las cuidadoras en las entrevistas se condice con los datos de ENDIDE. Según esta encuesta, de las personas mayores con dependencia que tienen cuidadora integrante del hogar, el 98,9% de las cuidadoras dicen entregar cuidado los siete días de la semana (es decir, de lunes a domingo), de los cuales el 50,2% declara dedicarle 12 horas al cuidado por día. Es importante notar que, según ENDIDE 2022, de las personas con dependencia que tienen cuidador(a) integrante del hogar, la cuidadora o cuidador 47,6% tiene 60 o más años.

En cuanto al sexo, con excepción de solo una entrevista, el rol de cuidador(a) no remunerado(a) es asumido siempre por una mujer. La dificultad para acceder a cuidadores no remunerados hombres participantes de PADAM se explica por la distribución de cuidadores(as) por sexo a nivel país. Al respecto, según ENDIDE 2022 en el 71% de los casos de personas mayores en situación de dependencia que cuentan con una persona cuidadora integrante del hogar, la cuidadora principal del hogar es una mujer (y el 29% restante es hombre). Además, del total de personas mayores con dependencia, el 3,9% de los(as) cuidadores(as) principales recibe remuneración. El único cuidador hombre entrevistado contaba con la ayuda permanente de su esposa en el cuidado de su mamá y de su hermana (gravemente enferma), apoyo que él califica como indispensable para poder llevar a cabo sus labores de cuidado. Además, enfatiza que su círculo cercano destaca como un caso raro que él, siendo hombre, haya optado por interrumpir su trayectoria laboral para dedicarse al cuidado de sus familiares en situación de dependencia.

Cuidador: "Yo cuido a mi mamá solo [sin ayuda de su hermana mayor]. Si no tengo el apoyo de mi señora, me voy a la cresta, si no es por mi señora que me ayuda [...]"

Entrevistador: "¿Cómo es para ti asumir el rol de cuidador? ¿Qué te dicen tus amigos?"

Cuidador: "Me dicen 'te ganaste el cielo', porque no cualquier hijo deja de trabajar para cuidar a su mamá, a su hermana. Me dicen 'no, tú eres ídolo hueón', porque no cualquier persona lo hace, que sea hombre, no cualquier hombre lo hace. Más encima con tus dos hijos. Mis tíos, mis amigos me dicen 'te ganaste el cielo.'"

(Cuidador de persona mayor con dependencia severa, 42 años, zona urbana)

Como se observa en el fragmento citado, el cuidador es felicitado por romper con los estereotipos de género al asumir una responsabilidad que, culturalmente, “no es esperable en virtud de su sexo”. Considerando que ninguna de las cuidadoras entrevistadas describe un trato similar por parte de sus familiares y/o amigos(as), la excepción que representa el ser cuidador hombre demuestra lo naturalizada que está la imposición de las tareas de cuidado a las mujeres, como resultado de una cultura que históricamente les ha atribuido ese rol.

En relación con lo anterior, ENDIDE 2022 incorpora indicadores que permiten estimar la escala de Soporte Social de OSLO³³, la cual tiene como objetivo medir la percepción de los(as) cuidadores(as) con respecto al soporte que pueden recibir de su entorno directo. El 44% de las personas mayores con dependencia disponen de cuidadoras y cuidadores permanentes en el hogar que perciben un apoyo social débil, el 47% percibe un apoyo moderado y el 10% un apoyo fuerte³⁴.

En función de las entrevistas, la percepción que las cuidadoras tienen de sus familiares directos, está mediada por su grado de involucramiento en las labores de cuidado. Estas percepciones varían entre una visible satisfacción por la ayuda que estos proveen³⁵, a conflictos por el abandono o indiferencia de familiares que, pudiendo colaborar con el cuidado, se muestran ausentes. A modo de ejemplo de la última situación:

Cuidadora: “Mis hermanos se fueron y me dejaron sola, porque así son los hijos, casi la mayoría. Siempre la dejan a cargo de una persona. Pero en

³³ Esta escala tiene como objetivo medir el grado de apoyo que pueden recibir los(as) cuidadores(as) de su entorno directo. Se compone de tres preguntas, orientadas a identificar la cantidad de personas con las que puede contar el cuidador en caso de tener problemas serios, el interés de su entorno por lo que le pasa o siente, y qué tan fácil le sería obtener ayuda de vecinos. Esta escala forma parte de la lista de indicadores de salud de la Comunidad Europea desde 2014 (Centro de Microdatos Universidad de Chile, 2022).

³⁴ Al 95% de confianza, la diferencia entre apoyo moderado y apoyo débil no son estadísticamente significativas.

³⁵ En ocasiones de manera más permanente, cuando algún familiar que vive cerca colabora con las labores de cuidado, y en otras de modo más puntual, cuando se ayuda mediante aportes económicos o realizando arreglos a la vivienda.

este caso yo no tengo que cuidarla a ella porque son los hijos los que tienen que cuidarla, los nietos, no sé po. Pero nadie la quiere tener, nadie. Los nietos le hicieron la cruz. Incluso hace poco vinieron, como diez minutos a verla y se fueron. Y cero ayuda. Que dijéramos ‘necesitas algo,’ ‘necesitas salir y yo la veo un rato,’ nada, cero aporte”.

Entrevistadora: “¿Y no la ayudan monetariamente?”

Cuidadora: “Nada, no, usted cree que me preguntó: ‘¿necesitas un remedio, algún pañal?’ porque él no tiene idea si usa o no usa pañales. Nada, nada de nada. Solo acá no más lo que hay y listo. Y la plata, ella ve su sueldo.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia leve, 45 años, zona urbana)

También se identifican casos en los que la cuidadora desconfía de otras personas (ya sean familiares o personal de programas domiciliarios o residenciales), volviéndose reticente a aceptar cuidados externos. Como se ejemplifica más adelante en la sub-sección 4.3.1, esta realidad se relaciona con la convicción de que “nadie más podría cuidar a la persona mayor como lo hace la misma cuidadora”, mentalidad que la envuelve en una dinámica de desgaste y sobrecarga constante.

“Es que es tan mañosa, cuando ve gente extraña [...] no sé, es que como yo le hago todo, entonces siento que nadie le hace las cosas como se las hago yo. Por eso, a lo mejor tal vez me costaría más como soltarla [...] me cuesta mucho porque nadie hace las cosas como se las hago yo. No es que sea perfecta, pero no sé po, si yo la mudo...‘mamita quédate tranquila te estoy mudando’. Nadie va a tener esa sutileza igual po, porque a ella igual hay que todo conversárselo [...] sería más complicado. Pienso yo, si todavía puedo. Todavía puedo [...] Entonces...prefiero [hacerme cargo] yo.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, 38 años, zona urbana).

En el caso de las cuidadoras con pareja, éste suele ser un factor de soporte para sus labores cotidianas de cuidado, ayudando económicamente al hogar o contribuyendo con otras tareas de apoyo dentro del margen de tiempo que tienen disponible. Por ejemplo:

Cuidadora: "...después al otro día con mi esposo, faltó al trabajo, ha tenido que faltar un montón de veces al trabajo por apoyarme a mí."

(Cuidadora, mujer, 47 años, zona urbana, dependencia moderada).

Cuidadora: "Pero él [la pareja], como te digo, es un apoyo... [...] él nos apoya en todo, y uno igual de alguna forma se mueve por aquí, por allá..."

(Cuidadora de persona mayor con dependencia moderada, 38 años, zona urbana).

Si bien este apoyo representa un factor de alivio, no consigue revertir la sobrecarga que enfrentan las cuidadoras no remuneradas. El gran tiempo que deben dedicar muchas cuidadoras al cuidado de la persona mayor redundan negativamente en su bienestar biopsicosocial. Al respecto, la imposibilidad de compatibilizar los tiempos para interactuar con otras personas como amigos(as), pareja u otros(as) familiares, se ve dificultada aún más en aquellos casos donde las cuidadoras deben dividir su tiempo de cuidado entre sus hijos(as) pequeños(as). Asimismo, la realización de tareas de cuidado que agravan patologías físicas, y la persistencia de sensaciones como angustia y frustración que se traducen en situaciones de burnout, son ejemplos de los diversos problemas que figuran como causa y efecto de la sobrecarga experimentada por las cuidadoras no remuneradas. Según ENDIDE 2022, en el 35% de los casos de personas mayores con dependencia que cuentan con una persona cuidadora principal integrante del hogar, esa persona cuidadora tiene sobrecarga intensa. Como efecto negativo del cuidado en la salud mental de las cuidadoras, el 42% de las personas mayores con dependencia tiene un cuidador o cuidadora con sintomatología ligada a depresión y ansiedad, de las cuales el 25% presenta síntomas leves, el 12% síntomas moderados, y el 6% síntomas severos. En relación con el deterioro de la salud mental, un 54% de los(as) cuidadores(as) señala requerir apoyo psicosocial o atención en salud.

Las entrevistadas reportan enfermedades físicas y mentales que dificultan la realización de sus labores de cuidado, tales como fibromialgia, lupus, diabetes, entre otras. Por lo mismo, la intensidad de las labores cotidianas de cuidado impacta negativamente en la salud de las cuidadoras, puesto que implica desatender sus propias necesidades durante prolongados

periodos. Estas enfermedades y la dificultad para acceder a tratamientos representan un problema tanto para las cuidadoras (por el dolor crónico y por el mayor deterioro de su salud) como para las personas mayores a su cuidado, puesto que restringen las acciones de cuidado que pueden realizar las cuidadoras. Por ejemplo:

“Porque mi cuñado...empezaron que ‘cuándo me la iba a traer [a la persona mayor]’. Y yo le decía: ‘oye, si estoy con la herida, me dijeron que no tenía que hacer fuerza’ [...] yo sí po, si por eso estoy con los hombros...estoy en kinesiólogo, porque me dolía mucho el hombro. Incluso aquí me apareció un moretón gigante negro. Yo dije ‘me apretó’, porque ella de repente me aprieta, no se da cuenta [...] otras veces me han quedado los dedos marcados. Y me dolía mucho el brazo, sobre todo en la noche, cuando estaba durmiendo despertaba.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, 52 años, zona urbana)

El descuido de la propia salud a causa de priorizar el cuidado es extensible al plano de los controles médicos. Algunas cuidadoras señalaron postergar –de manera indefinida– sus propios controles de salud debido a la ausencia de personas que puedan relevarla de sus tareas de cuidado.

“Todo eso se ve en el hospital [los controles de salud], en el San Borja o en el Paula. Y cómo está señorita, colapsado todo, no tengo tiempo para ir a estar sentada dos o tres horas esperando que me llamen, porque ¿quién la va a ver a ella? [Indica a la persona mayor]. Porque yo no le puedo decir: ‘yo mañana tengo médico así que tienes que venir a verla’. No.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, 43 años, zona urbana)

Es importante destacar que, cuando la persona mayor está inscrita en el programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, el cuidado se facilita gracias a las consultas y tratamientos que entrega de forma domiciliaria el personal de salud. Sin embargo, como se detalla más adelante, las visitas domiciliarias tienden a ser insuficientes considerando los problemas de salud que enfrentan las personas mayores. En aquellos

casos donde las personas mayores no están inscritas en el programa mencionado, las cuidadoras deben enfrentarse a numerosas barreras presentes en los servicios de salud para reservar una consulta o para atender de urgencia a las personas a su cuidado. A eso se suman experiencias negativas como las descritas en la sección 4.1.4, relacionadas con la entrega de medicamentos, diagnósticos erróneos, trato negligente, robos al interior de los establecimientos, entre otros problemas que dificultan el acceso a la salud de las personas mayores, y que añaden más estrés a la vida de las cuidadoras. Por lo mismo, la percepción que las cuidadoras tienen de las instituciones de salud también suele ser negativa. Al respecto, es importante mencionar la promulgación en el año 2019 de la Ley 21.168, que crea el derecho a la atención preferente a las personas mayores y a las personas con discapacidad por cualquier prestador de acciones de salud. A pesar de estar consagrado su acceso prioritario a los servicios de salud, persisten dificultades en la implementación práctica de esta ley.

En cuanto a los ingresos, la pensión recibida por las personas mayores a su cuidado suelen resultar insuficientes para solventar los gastos del hogar³⁶, considerando que en la gran mayoría de los casos la dedicación a las labores de cuidado es un obstáculo a la **incorporación laboral**. Con respecto a este ámbito, la mayor parte de las cuidadoras señala haber realizado algún tipo de actividad remunerada en algún momento de su vida, ya sea de manera esporádica o estable. Sin embargo, la principal razón que señalan para no trabajar responde a la imposibilidad de compatibilizar sus labores de cuidado con un trabajo formal, particularmente cuando la dependencia es severa y la persona requiere supervisión permanente. Por ejemplo:

“Entonces siempre trabajé. Primero trabajé de vendedora en Patronato siete años, y así. Pero siempre trabajé, después hay que postergarse por los abuelos [...] No es lo mismo po, uno tiene que estar en la casa, entonces la pensión de ellos es muy baja y hay que hacer todo con esa pensión porque ¿qué más hacemos?” [...] Entonces yo no puedo salir a trabajar po, porque tampoco la puedo dejar sola, porque se imagina sale para la calle. ¿Qué hacemos? se cae, se pierde.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia leve, 45 años, zona urbana)

³⁶ Algunas cuidadoras también reportaron recibir un estipendio (alrededor de \$30.000) por parte del consultorio, como parte del Programa de pago de cuidadores de personas con discapacidad (estipendio).

En síntesis, las cuidadoras no remuneradas son el pilar fundamental de las personas mayores en situación de dependencia. No obstante, la falta de apoyo con que desarrollan sus labores es identificada por todas ellas, generándoles múltiples y diversos problemas. Por ejemplo, las cuidadoras reportan un deterioro de su salud física y mental producto de la sobrecarga que implica el cuidado de las personas mayores, debiendo realizar actividades ligadas al cuidado, independientemente de su estado de salud. Dicho de otro modo, por no considerarse un trabajo “formal”, están desprovistas del derecho a licencias por enfermedad. La sobrecarga no solo se asocia a la intensidad de las labores de cuidado (realización de maniobras de desplazamiento que requieren ejercer mucha fuerza, hacer fila desde muy temprano para reservar horas de atención médica, soportar violencia verbal y física por parte de las personas mayores en algunos casos, entre muchos otros ejemplos), sino también a la frecuencia ininterrumpida con la que deben realizar esta actividad. El cuidado se suele ejercer todos los días de la semana y abarcar tanto el día como la noche, sin posibilidad de ausentarse por descanso o acceder a vacaciones.

Las cuidadoras entregan la mayor parte del tiempo de su vida al cuidado de la persona mayor, conllevando un agotamiento crónico que redundo en otros problemas de salud (también conocido como síndrome del cuidador³⁷), además de debilitar sus vínculos interpersonales por falta de tiempo libre, y de verse imposibilitadas para participar en el mercado laboral. Este último punto resulta especialmente preocupante, considerando que la mayoría de las cuidadoras señala que si no fuese por su rol de cuidadoras, estarían laboralmente activas. Así, en muchos casos el inicio del cuidado implica una interrupción de su trayectoria laboral, reduciendo sus ingresos y quedando económicamente dependientes de otras personas (generalmente la pareja). Ahora bien, las cuidadoras tienden a ser enfáticas en que el principal problema no es el cuidado en sí, sino la profunda soledad y desprotección en la que deben ejercer esta labor. Los numerosos obstáculos institucionales

³⁷ El cual puede entenderse como “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico y no necesariamente tiene que aparecer en los cuidadores.” (Pérez et al., 2017, p. 40).

al acceso a la salud sumados a la escasa ayuda económica que entrega el Estado, se suman a la percepción de abandono por parte de familiares que, pudiendo contribuir al cuidado, se muestran indiferentes.

4.3 VINCULACIÓN CON PROGRAMAS DOMICILIARIOS

Los programas domiciliarios tienden a influir de manera positiva en la vida de las personas mayores y sus cuidadoras, aunque este efecto varía dependiendo del programa. Es importante aclarar que el presente análisis cualitativo no tiene como objetivo evaluar los programas de cuidados domiciliarios. Más bien, se busca plasmar la percepción que las personas mayores y/o sus cuidadoras no remuneradas tienen de los servicios recibidos, por lo que la mayor parte de la información es extraída de sus mismos relatos expresados.

Respecto a los aspectos a mejorar en cada programa, es importante señalar que al consultar a las personas por los servicios adicionales que requieren, las respuestas en general se orientaban a reiterar su conformidad con las prestaciones recibidas por el (o los) programas en los que participan. Es decir, en la mayoría de los casos fue complejo extraer una respuesta que vincule directamente al programa con un posible servicio adicional, lo que resulta esperable por al menos dos razones.

En primer lugar, las personas mayores y sus cuidadoras presentan necesidades que son independientes de los programas sociales (provistos por el Estado y por organizaciones de la sociedad civil). Por un tema de recursos, estos programas fueron diseñados y están siendo ejecutados para resolver parte de esas necesidades, pudiendo coincidir o no con las prestaciones ofrecidas dependiendo de cada caso. Además, la información que sirvió de insumo para diseñar los programas sociales pudo ser insuficiente para captar la integralidad del problema (dejando fuera

necesidades importantes en el diagnóstico), y la población objetivo puede desconocer qué tipo de prestaciones es factible solicitar a un programa social. En segundo lugar, aunque las personas se mostraron firmes y directas en sus denuncias contra la municipalidad o los centros de salud, sus largas trayectorias de carencias pueden dar lugar a expectativas bajas con respecto a los servicios entregados por las instituciones (de Castro, 2017), por lo que pueden mostrarse agradecidos con estos más allá de su calidad.

Considerando lo anterior, la estrategia para discernir focos de mejora en los programas está en contrastar las necesidades expresadas de manera explícita o implícita por las personas mayores, con los servicios o prestaciones que no están recibiendo (o que están recibiendo de forma poco oportuna).

Como se mencionó al inicio, todas las personas entrevistadas participan del programa de Atención Domiciliaria del Hogar de Cristo. Algunos dispositivos PADAM ejecutan el programa Cuidados Domiciliarios de Senama mediante financiamiento de dicha institución, por lo que las personas participantes reciben las prestaciones de este último programa, y en otros casos se suma también lo entregado por el programa Red Local. En otras palabras, las personas mayores pueden participar en diferentes combinaciones programáticas: el Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM del Hogar de Cristo autofinanciados), el Programa Cuidados Domiciliarios de Senama financiados por el Estado y ejecutados por el Hogar de Cristo, y PADAM en complemento con los componentes que provee el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados³⁸. Por lo tanto, las prestaciones recibidas varían dependiendo si la persona es beneficiaria exclusivamente de PADAM, del Programa Cuidados Domiciliarios, o si está incluida en PADAM y en el programa Red Local.

³⁸ De la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Tabla 4.3: Resumen de programas domiciliarios para personas mayores

Programas	Programas de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM HC)	Cuidados Domiciliarios (Senama)	Red Local de Apoyos y Cuidados
Componentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestación directa material. 2. Prestación directa de personas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios de Apoyo y Cuidados para el Adulto Mayor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan de Cuidados (involucra a la dñada). 2. Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) 3. Servicios Especializados (SSEE)
Prestaciones y servicios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confort, higiene y vestuario. 2. Salud y apoyo funcional. 3. Psico-educación y socio-educación. 4. Apoyo psico-social. 5. Apoyo material. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Personal (AB-VD-AIVD). 2. Tareas del hogar. 3. Relación con el entorno. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados Domiciliarios. 2. Dispositivos de Apoyo. 3. Orientación e Información. 4. Transferencias Monetarias. 5. Cuidados Residencias. 6. Apoyos Sociales y/o Comunitarios. 7. Gestión de Trámites.
Frecuencia de las visitas domiciliarias	Cada quince días	Visitas 2 veces a la semana con una duración de 3 horas por visita	Visitas hasta 8 horas semanales

Fuente: elaboración propia a partir de: (Hogar de Cristo, 2012; Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021c, 2021b; Objetiva Consultores, 2020; Rosales et al., 2020; Senama, 2021c)

Adicional a los tres programas domiciliarios considerados en este estudio, en varios casos se menciona también la participación en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y en el Programa Apoyo integral al Adulto Mayor Vínculos Seguridades y Oportunidades (señalado como programa "Vínculos") en un caso. Sobre el "Programa Postrados", este fue mencionado en el contexto de personas mayores con dependencia severa. El programa contempla dos tipos de visitas domiciliarias: integrales y de tratamiento/procedimiento. Según datos oficiales, el promedio de visitas domiciliarias integrales para el año 2021 fueron de cinco anuales, mientras que el promedio de visitas de tratamiento y/o procedimiento fue de trece (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021a). La frecuencia de las visitas reportada por las personas entrevistadas es variable (a grandes rasgos entre tres y seis meses), siendo percibidas con resultados mixtos en las entrevistas. Si bien hay personas conformes con la ayuda recibida por el programa, a otras les gustaría incrementar la frecuencia de las visitas. Por ejemplo:

Entrevistador: "¿Cada cuánto usted se realiza controles médicos?"

Persona mayor: "A mí me hacen control cada seis meses. Cada seis meses viene la doctora o me manda cuando me tocan. Los examen vienen hacérmelos aquí."

Entrevistador: "¿Vienen del programa Postrado?"

Persona mayor: "Claro. Cada seis meses porque me dan las recetas para seis meses. Ahora ya la tengo para seis meses ya que en febrero parece que en enero la última. Ya en febrero o a fines de enero ya me estarían dando hora o a lo mejor me vienen a ver con hora [...]"

Pareja: "Lo que pasa es que la abandonan mucho. Cada seis meses. A veces ella tiene que ir al nutricionista cada un año. ¿De qué sirve eso? Muy lejos. De repente necesita algo y hay que esperar seis meses. No le dan prioridad a los enfermos postrados, que no pueden moverse. Van al Policlínico y "ah, cambiarle la hora para seis meses más". Estuvo esperando seis meses más, hay que esperar seis más, un año. Entonces, encuentro yo que los dejan muy de lado."

Persona mayor: Y no se preocupan...”

(Persona mayor con dependencia severa, mujer, 64 años, zona rural)

“Vienen una vez por semana a hacer curaciones. Entonces el sistema Postrados, claro, comprendo que son muchos en Villa Alemana que están postrados, ancianitos, no tan ancianitos qué sé yo. Pero tienen muy poco, muy poco personal. Porque dígame usted una vez por semana, ellos hacen sus necesidades, ensucian el parche, hay que estarlo lavando, generalmente hacen mucho, mucho y hay que estarlo lavando porque el parche se ensució y ya fuiste. Y no te dejan material. Al principio Claudia [la enfermera del programa] me dijo: ‘le van a dejar material porque si se echa a perder el parchecito, usted lo cambia, le hace los aseos como usted lo sabe hacer’, me dijo y no dejan nada.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, 60 años, zona urbana)

Algunas cuidadoras manifestaron descontento por el rechazo de sus postulaciones al programa, bajo el argumento de que las personas a su cuidado no presentan un nivel de dependencia lo suficientemente alto.

A continuación, se detallan de modo general los servicios y prestaciones que proveen los tres programas domiciliarios abordados, enfatizando su valoración por parte de los(as) participantes y especificando cuáles son los principales servicios que expresan requerir. En la última sección se contrastan las brechas de necesidades identificadas, con la contribución que realizan los programas domiciliarios para que las personas mayores se mantengan en su entorno familiar y comunitario.

4.3.1 Experiencias PADAM

El principal apoyo que proporciona PADAM corresponde a la vinculación de sus participantes con otras personas, voluntarios y organizaciones pertinentes (entre las que destacan los servicios de salud). Además, se facilita la realización de trámites para cobrar bonos entregados por el Estado. Junto con el trabajo de redes, se establece una comunicación directa y sostenida con las personas mayores, y se proporciona apoyo material. Las

experiencias de las personas describen con particular énfasis los últimos dos tipos de apoyo: el vínculo que los(as) monitores(as) establecen con la persona mayor, y la ayuda material.

Según las personas entrevistadas, la frecuencia de las visitas al domicilio suelen variar de caso en caso, con un mínimo de una visita al mes hasta un máximo de una visita semanal, dependiendo de las necesidades de la persona mayor y/o su cuidadora. Las visitas suelen ser para resolver temas específicos, en relación a los objetivos del programa (facilitar la vinculación de la persona con otras instituciones, ayudando con los trámites o realizándolos directamente). En algunas sedes también se fomenta la creación de instancias participativas entre personas mayores, por medio de actividades recreativas. El personal de PADAM también se comunica por teléfono con los participantes. En lo que respecta a la ayuda material, las prestaciones recibidas corresponden a cajas de mercadería, bolsa con pañales (mensuales) o una ayuda monetaria (alrededor de \$30.000 mensual). Según el modelo técnico del programa³⁹, a las personas se les asigna una de estas prestaciones a partir de su diagnóstico y Plan de Trabajo Individual.

Sobre la percepción que las personas mayores expresan del programa, además de resaltar su agradecimiento con la ayuda en especies (sobre todo las cajas de mercadería), en muchas entrevistas se destaca la compañía que brindan los(as) monitores de manera telefónica⁴⁰, resaltando que –además de las visitas periódicas– existe una comunicación frecuente con la persona mayor. En este sentido, la valoración con el servicio es positiva, sobre todo en relación con el involucramiento y compromiso que demuestran los(as) trabajadores(as) del programa, expresado en la preocupación que demuestran por las personas mayores al comunicarse de forma regular con ellas. Al respecto, resulta ilustrativa la siguiente cita:

Persona mayor: “Bueno me ayudan con mercadería, pero sí lo que más agradezco es la ayuda psicológica.”⁴¹

³⁹ De acuerdo a su última versión, cabe señalar que el objetivo del programa busca que las personas mayores puedan mantenerse en su medio habitual de forma autónoma e independiente, mejorando su calidad de vida y superando su exclusión social.

⁴⁰ La intensificación de la compañía vía telefónica puede ser atribuida al efecto del distanciamiento social establecido en pandemia.

⁴¹ Es importante enfatizar que, más allá de lo mencionado en la cita, el acompañamiento psicosocial no es equivalente a ayuda psicológica.

Entrevistador: “¿Hablan con usted [los monitores de PADAM]?”

Persona mayor: “Sí.”

Entrevistador: “¿Le hablan por celular, por ejemplo?”

Persona mayor: “Sí, todas las semanas me llaman. Me llama la señora Paula, si no la señora Valeria, y a veces cuando uno está pasando por un momento malo igual se preocupan por uno así que...”

Entrevistador: “Tiene ahí un oído...”

Persona mayor: “Exactamente. Yo le digo yo el ‘apoyo psicológico.’”

(Persona mayor con dependencia leve, mujer, 64 años, zona rural)

En el caso de las cuidadoras, si bien la mayor parte manifiesta su agradecimiento con el programa, también señalan requerir ayudas adicionales al apoyo al cuidado que entrega PADAM. Aunque valoran la entrega de ayuda en especies y el apoyo a la vinculación de las personas mayores con las redes comunitarias, la reducción de la sobrecarga que las cuidadoras experimentan requiere de otro tipo de servicios, relativos a la entrega de cuidados domiciliarios. De modo concreto, se destaca la necesidad de contar con alguien que supla sus labores de cuidado⁴², considerando el masivo desgaste que experimentan al proveer cuidado todos los días de la semana y con escasos espacios de descanso. En términos de prestaciones, lo anterior puede ser equiparado a los servicios de respiro que entrega el programa Red Local. Por ejemplo:

“Me gustaría que alguien en la Municipalidad o alguien más...tener dos veces a la semana unas personas para poder apoyarnos a nosotros ¿Me entiende?, que fueran especializados, o aunque sean cuidadoras que supieran lo básico para cuidar una persona postrada, y uno poder salir tranquila o tomarse un tiempo para uno, para su familia.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia moderada, 47 años, zona urbana)

⁴² En ocasiones las cuidadoras no perciben de manera positiva la posibilidad de contar con cuidados externos. Como se mencionó anteriormente, resulta plausible que algunas cuidadoras expresen una aprensión hacia el cuidado realizado por personas ajenas.

“Un programa de...supongamos que haya gente preparada y de confianza, se podría organizar. Supongamos que los cuidadores una o dos veces a la semana, una vez a la semana nos reemplazaran. [...] que vinieran a preocuparse. ‘Nosotros nos hacemos cargo hoy día de los pacientes’, y que uno deje cocinado. Sino, como compañía, se preocuparan en ese sentido. Como aquí en San Bernardo, antiguamente, había una persona una vez a la semana que venía, se hacía cargo para que la cuidadora por último saliera en las tardes.”

(Persona mayor con dependencia severa, mujer, 63 años, zona urbana)

De modo consistente, según ENDIDE 2022 un 67% de los(as) cuidadores(as) de personas mayores con dependencia reporta requerir asistencia técnica o profesional para el cuidado en el domicilio, un 60% señala necesitar compartir responsabilidades de cuidado con otras personas, un 53% indica requerir apoyo o relevo de otra persona, y un 44% plantea necesitar entrenamiento técnico o capacitación en cuidados específicos. En las entrevistas también se menciona la necesidad de contar con insumos médicos, capacitación para el cuidado y, de modo transversal a los programas domiciliarios (no solo PADAM), se enfatiza el apoyo económico. A modo de ejemplo resultan útiles los siguientes fragmentos:

Cuidadora: “Lo que más me faltaba eran los insumos.”

Entrevistador: “¿Los insumos médicos?”

Cuidadora: “Insumos médicos que el suero, que la gasa, que los parche anti agua que son carísimos...eh los mismos estas cintas que pegaban, cierto.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, 60 años, zona urbana)

“...que me enseñaran, ponte tú, que hicieran ustedes como un programa, que hicieran cursos de primeros auxilios, poder como... Poder pinchar a la persona si uno tuviera que hacerlo. Por ejemplo, yo a mi mamá. A que nos enseñen a hacer las curaciones, a tomar la presión, las cosas como

más básicas para uno poder, eh... No todo el tiempo recurrir al consultorio, ¿me entiende? Eso. Eso sería como súper bueno yo creo para las personas que cuidamos a la tercera edad. En general, ¿ah? Yo creo, no solamente lo pienso por mí, sino que en general.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia moderada, 43 años, zona urbana)

Por último, resulta preocupante la incertidumbre en torno a no contar con apoyo en salud especializado para la persona cuidada, planteado por una cuidadora:

“...o sea, yo agradezco un montón la ayuda de los pañales, porque están tan caros y todo eso, pero más allá de eso no, no hay otro cambio porque no recibo otra ayuda. No te puedo decir que, que me digan ‘sabes que nosotros tenemos un psicólogo o un kinesiólogo que la venga a ver por último una vez al mes’ no, no te puedo decir eso.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, 38 años, zona urbana)

Con respecto a las solicitudes explícitas de las personas mayores beneficiarias de PADAM, destaca la necesidad de más apoyo económico (monetario o en especies). En este sentido, si bien las cajas de mercadería, los pañales o la transferencia mensual contribuyen a aliviar la carga económica de los hogares, no son suficientes para revertir la compleja situación que enfrentan las personas mayores. Esta brecha se repite en el caso de quienes son beneficiarios(as) del Programa Cuidados Domiciliarios de Senama y de la Red Local. A modo de ejemplo de este tipo de brecha:

Entrevistadora: “¿Qué tipo de apoyo necesita usted?”

Persona mayor: “Yo creo que más apoyo...lo económico sí es importante [...] para un hogar, para mantenerlo parao, se necesita plata. Pero más que eso, yo creo que la salud mental [...] claro, porque fuera de los conflictos, lo de escasez económica en cierto grado, tienes problemas de salud. Y se van aliviando problemas propios, ya sea de los hijos, de los nietos, que necesita

uno también tener una atención po, de salud mental. Ya sea una orientadora, un psicólogo, 'Mira, no te afanes tanto en esto', 'podrías hacerlo pausado' o 'no pienses tanto esto otro'. La gente como que te hace ver la luz, muchas veces no me resulta, pero, pero lo intentan [...] ¿Me entiendes? Entonces yo creo que eso más que nada, yo creo que ahora, ahora, en la era de ahora, el adulto mayor está sufriendo mucho emocionalmente, mucho, por estrés de vida que le ha tocado vivir desde niño..."

(Persona mayor con dependencia leve, mujer, 65 años, zona urbana)

4.3.2. Experiencias Cuidados domiciliarios (Senama)

El programa Cuidados Domiciliarios de Senama entrega cuidados y apoyos para que las personas mejoren su desempeño al realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. También custodia la accesibilidad y seguridad del hogar mediante acciones acordes a la identidad, cultura y hábitos de las personas mayores, y se establecen vínculos entre las personas mayores y las redes formales e informales presentes en su entorno (Objetiva Consultores, 2020). En relación a las dos primeras acciones, las personas entrevistadas señalan que el programa provee visitas domiciliarias durante dos o tres horas con una periodicidad de dos veces a la semana, entregando asistencia para múltiples tareas y actividades: hacer compras fuera del domicilio; retirar los remedios que entrega el consultorio o CESFAM; ayudar al desplazamiento en el espacio público (áreas verdes, compras, trámites o para que puedan asistir a consultas y controles de salud); aseo y orden en la vivienda; e incluso actividades específicas de ciertos hogares, como cortar leña (principalmente en entornos rurales), o colaborar en labores de jardinería. Cabe reiterar que se entrevistó a participantes del Programa Cuidados Domiciliarios de Senama financiados por el Estado pero ejecutados por el Hogar de Cristo.

El cuidado es valorado por las personas mayores dado que les permite contribuir de manera efectiva la realización de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Según datos oficiales para 2021, el programa cuenta con un 95% de satisfacción con los servicios de apoyo y cuidados, y con un 97% que percibe como exitoso el objetivo de facilitar la realización de actividades de la vida diaria durante el periodo de intervención del programa (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021b). A partir

de las entrevistas, las personas destacan la flexibilidad de los monitores y monitoras en relación a los horarios, y a la diversidad de tareas que pueden realizar para ayudar a la persona mayor. A modo de ejemplo:

Persona mayor: "Nos compra el pan."

Pareja: "Nos llama por teléfono."

Persona mayor: "Lo que queremos encargarle, lo trae y aquí se lo pagamos."

Persona mayor: "Nos saca harto de apuros el Alfredo. Muy bueno. Y la niña que la atiende a ella, la Isabel [otra monitora] también. La Isabel la atiende a ella [señala a su pareja]."

Pareja: "La Isabel Me lleva a médico, me lleva a los exámenes..."

Persona mayor: "Al 'adulto mayor'. Le trae los remedios, ella le compra la mercadería, calcula. Pesca el carro y va a comprar ella la mercadería. Antes teníamos que ir los dos..."

(Persona mayor con dependencia moderada, hombre, 79 años, zona urbana)

Entrevistador: "¿Usted considera que el programa ha mejorado la calidad de vida de su familia?"

Persona mayor: "Sí, digo yo."

Cuidador (hijo): "Sí po, sobre todo la de mi mamá."

Persona mayor: "La mía."

Entrevistador: "¿Y usted ha sentido un descanso?"

Cuidador (hijo): "Eh...sí, sí. Aparte que yo veo que mi mamá emocionalmente... como que...suelta cosas."

Cuidadora (hija): "Y la espera con ansias."

Persona mayor: "Es que es bien amorosa, es bien amorosa."

Cuidador (hijo): "Sí, porque la pandemia a todos nos dejó mal. El encierro nos dejó a todos mal. Sí, muy contenidos, como emocionalmente muy contenidos. Y hay que soltar de a poco."

(Persona mayor con dependencia severa, mujer, 73 años, zona urbana)

Cuidadora: "También la niña por el tema del contacto, ya hubo un tiempo que no venía, o sea, usualmente me preguntan como está y todo eso."

Entrevistador: "¿Se preocupaban de llamar?"

Cuidadora: "Sí, estaba constantemente, sobre todo la niña que venía que era Pamela, excelente porque ella siempre preocupada, igual pasaba, igual me decía hay que ir a buscar los alimentos, hay que ir a buscar las leches, hay que ir a buscar los medicamentos, y ella iba y lo hacía. O había que pedir hora para médico, y ella iba a buscar la hora para el médico, los exámenes, todo eso. En eso me ha ayudado un montón, me ha apoyado mucho. Pero después de la pandemia cambió el tema horario por el acercamiento, el tema del contagio y todo eso, y ahora de nuevo empezó a alargarse el horario. Ya de hecho la semana pasada que necesité que la niña estuviera más tiempo y sí, estuvo hasta las cuatro. Llegó a la una y se fue a las cuatro [...] hoy día igual le pedí que si podía estar hasta esa hora, hasta las cuatro, porque después mi mamá está más acompañada. Pero son esos, son dos días a la semana."

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, zona urbana)

Sobre la última cita, es importante destacar que el programa Cuidados Domiciliarios de Senama se dirige a personas mayores en situación de dependencia que no cuentan con "cuidador principal". Como se plantea en el informe de Objetiva Consultores (2020), la presencia o ausencia de un(a) cuidador(a) "principal" suele ser confusa, porque en muchas ocasiones, si bien existen uno(a) o más cuidadores(as), no se encuentran disponibles para cuidar a la persona mayor durante todo el día y/o todos los días. A diferencia del programa Red Local que considera a la diada persona mayor/cuidador(a) como sujetos de la intervención, el programa

Cuidados Domiciliarios de Senama no está pensado para entregar respiro a un potencial cuidador o cuidadora. Por lo tanto, el potencial alivio de quien cuida es una consecuencia indirecta de los cuidados entregados.

Respecto a las necesidades reportadas por las personas entrevistadas, nuevamente surge la ayuda económica. Esta realidad resulta aún más apremiante considerando que, a diferencia de PADAM, Cuidados Domiciliarios de Senama no realiza transferencias monetarias o en especies. Al igual que en el caso de PADAM autofinanciado, también se evidencia una solicitud de los cuidados. No obstante, como en este caso las personas valoran el cuidado domiciliario que provee el programa, su necesidad apunta más bien a una mayor frecuencia y/o duración de las visitas domiciliarias.

“O qué vinieran como más, dos veces a la semana, si no tres o cuatro veces o un poco más de tiempo o no sé.”

(Persona mayor con dependencia moderada, hombre, 73 años, zona urbana)

Entrevistadora: “Y por usted como cuidadora, ¿hay algo que necesitaría?”

Cuidadora: “Tiempo para mí, porque yo no tengo tiempo para mí. [...]”

Entrevistadora: ¿Eso sería una persona que los fines de semana?

Cuidadora: Que pueda reemplazarme un rato, yo poder salir, hacer unas cosas, yo no salgo a vitrinear hace un montón de años. Si voy al cementerio voy así corriendo. Dejo flores y me vengo [...] salir un poco, hacer otras cosas. Por ejemplo yo los llevo a mi casa, es un desastre porque yo allá no hago nada, todo el tiempo lo dedicó acá, a estar con ella, no tengo tiempo de ver mi jardín, ya no tengo jardín, yo tenía un jardín precioso, ya no lo tengo.”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, zona urbana)

Cuidadora: “Yo creo que...que [nombre de la monitora del programa] viniera un poco más seguido, porque ella viene como dos veces a la semana, y yo creo que si viene más días, yo creo que [ella] avanzaría mejor, más rápido [en las tareas de cuidado].”

(Persona mayor con dependencia severa, mujer, 73 años, zona urbana)

Sobre esta última cita, a pesar de que la cuidadora realizaba tareas de cuidado fuera de su horario laboral, no calificaba como “cuidadora principal”, probablemente porque trabajaba de lunes a viernes desde las 8:30 hasta las 18:00. Por ende, el cuidado que proveía a la persona mayor (su mamá) se enmarcaba en el tiempo que no está trabajando de forma remunerada, lo que abarca principalmente los fines de semana y las noches. La sobrecarga descrita resulta relevante en la medida que, tal como señala la cuidadora, sus espacios de tiempo libre son mínimos.

4.3.3. Experiencias Red Local de Apoyos y Cuidados

En función de las personas entrevistadas, se confirma la recepción de cuidados domiciliarios y de servicios especializados adicionales, como asistencia dental a domicilio, peluquería, podología, entre otros. En este sentido, las entrevistas dan cuenta que tanto personas mayores como las cuidadoras agradecen los servicios especializados complementarios recibidos por parte de la municipalidad y de centros de salud, lo que concuerda con el hecho de que, en términos comparativos, son el tipo de usuario que recibe una mayor cantidad y diversidad de prestaciones. Al igual que en el caso anterior, se agradece el cuidado entregado por medio de los(as) monitores(as). A modo de ejemplo:

“Sí, es de la municipalidad parece [...] tengo peluquera, de la municipalidad y tengo podóloga, que me viene a cortar las uñas de los pies, y tengo psicólogo también.

[...] si casi todos tienen mi número de teléfono y me llaman, cuando quieren saber de mí, como estoy. Siempre me llaman. Así que por eso le digo que yo tengo harta ayuda, no tengo nada que quejarme de eso, tengo harta ayuda.”

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 72 años, zona urbana)

Con respecto a las necesidades que expresan las personas entrevistadas, se repite el apoyo económico y una mayor frecuencia de las visitas domiciliarias. Las cuidadoras, por su parte, expresan que les gustaría tener más tiempo para hacer sus cosas, lo cual también está vinculado con una mayor frecuencia, duración o flexibilidad de las visitas domiciliarias. Por ejemplo:

“Yo lo que necesitaría es que alguien se quedara con ella cuando yo tuviera que salir para estar, andar tranquila. Eso, para no andar corriendo... [...] porque a ella [la cuidadora del programa] la mandan a otras casas también... [...] no, o sea, si viniera dos veces sería, pero que viniera en la mañana porque ahí uno puede hacer trámites, en la tarde es más difícil, sí. Pero si no se puede, con ese día está bien. Sí, porque ahí yo me programo y yo. Hoy día en la mañana, ‘¿Cuándo quiere la hora?’ ‘oh, ojalá tal día’. Claro, si se puede, bien, si no, me tengo que adaptar a cuando se pueda. Sí. Así que. Pero eso sería po, tener, tener más tiempo para salir con mi marido [risas], para que me invite a comer afuera, le digo yo [risas].”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, mujer, 52 años, zona urbana)

Entrevistador: “¿Y qué tipo de ayuda le gustaría recibir más?”

Persona mayor: “Que fueran más cosas de mercadería. Cosas de comida.”

(Persona mayor con dependencia moderada, mujer, 72 años, zona urbana)

“...Uno siente de repente dolores de hombro. Quizás a mí me gustaría que al cuidador le hicieran, entre comillas, un programa de salud. Por ejemplo, a mí me gustaría ir al oftalmólogo. Por ejemplo, yo tengo que organizar mi tiempo, que me dijeran: ‘ya venga a ver al oftalmólogo tal día, que usted es cuidadora’. Por ejemplo, me gustaría también la atención dental, no tengo tiempo para ir al dentista, y a lo mejor me gustaría que me dijeran en el consultorio: ‘usted tiene una hora dental tal día, venga a evaluarse, porque como usted es cuidadora no tiene tiempo’...”

(Cuidadora de persona mayor con dependencia severa, mujer, 55 años, zona urbana)

En relación con la última cita, es relevante destacar que el componente de Servicios especializados del programa Red Local se dirige a la persona en situación de dependencia, no a quien cuida.

4.4. SÍNTESIS

La segmentación de la muestra en categorías como el sexo, la edad o la zona (por mencionar algunas), permitió distinguir las dificultades que enfrentan distintos grupos de personas. Así, el análisis dio cuenta que el nivel de dependencia y la situación socioeconómica resaltan como factores para comprender las dificultades que enfrentan las personas mayores. En términos generales, las personas mayores y sus cuidadoras identifican una serie de necesidades que no son cubiertas por las políticas públicas de manera adecuada y oportuna. Más allá de los requerimientos particulares asociados a las prestaciones entregadas por los servicios domiciliarios, muchas de estas brechas se relacionan con políticas públicas complementarias, imprescindibles para la mantención de las personas mayores en su entorno familiar y comunitario. A continuación, se sintetizan algunos de los aspectos más importantes de este capítulo:

- **Barrios inseguros y con problemas de accesibilidad:** Las personas mayores y sus cuidadoras destacan la necesidad de mayor accesibilidad en sus barrios, entendida como la adaptación del espacio público para la circulación de personas con movilidad reducida y la facilitación de transporte para acercarse a lugares de interés, como por ejemplo, los establecimientos de salud. Cuando los servicios no están presentes en el territorio, las personas deben hacer uso de un medio de transporte muchas veces no adaptado a sus necesidades, lo que además implica un importante gasto mensual. Esta problemática se agudiza en entornos rurales. Si bien los(as) monitores(as) de los programas -que proveen cuidados domiciliarios- asisten a las personas mayores en su desplazamiento, la existencia de infraestructura hostil hacia las personas con movilidad reducida entorpece este tipo de ayuda, lo que vuelve a las personas mayores más dependientes del cuidado. En lo que respecta a la marcada sensación de inseguridad, esta brecha restringe aún más la circulación de las personas mayores fuera de su vivienda.
- **Viviendas no adaptadas:** Se identificaron problemas estructurales en las viviendas, como insuficiente calefacción y aislamiento térmico; humedad y riesgo de anegamiento; escaso aislamiento del ruido externo e interno; y otros defectos que impactan directamente en la funcionalidad de las personas mayores. La habitabilidad en zonas rurales es particularmente

adversa debido a la falta de servicios sanitarios mínimos en la vivienda. Aunque la percepción de las personas mayores con su vivienda tiende a ser positiva, los problemas mencionados resaltan obstáculos a la habitabilidad que, en algunos casos, se traducen en un mayor riesgo de sufrir accidentes o de padecer enfermedades. Al respecto, los programas domiciliarios contribuyen a fortalecer el vínculo que mantienen las personas mayores con las instituciones de salud, y particularmente en el caso de la Red Local, con su respectivo municipio. Si bien se confirma la entrega de ayudas técnicas (a través de los consultorios), y en algunos casos también se menciona la entrega de equipamiento por medio de algunos municipios, estas gestiones no son sistemáticas para todos quienes las requieren, evidenciándose brechas de cobertura al respecto. La resolución de este tipo de brechas es fundamental para asegurar que las personas mayores puedan permanecer en sus viviendas, lo cual también optimiza la labor de los programas domiciliarios. Por lo tanto, resulta esencial la complementación de los programas domiciliarios con políticas que contribuyan a adaptar las viviendas de las personas mayores a sus necesidades funcionales, ya sea en términos reparando o mejorando su infraestructura más básica (paredes, techo, suelos, etc.), o implementando adecuaciones habitacionales para las personas con movilidad reducida.

- **Insuficientes vínculos y redes de apoyo:** La familia es el principal vínculo y red de apoyo de la persona mayor. Dentro de las personas entrevistadas el rol de cuidadoras no remuneradas suele ser asumido por mujeres (mayoritariamente por las hijas de la persona mayor), quienes actúan como soporte indispensable en materia de salud, economía doméstica, participación social y recreación. Considerando que la sobrecarga de las cuidadoras en muchos casos se ve amplificada por el abandono de otros familiares que optan por mantenerse al margen, la identificación de la díada cuidador(a)/persona en situación de dependencia que establece el programa Red Local, resulta útil como ejemplo a replicar por otras políticas y/o programas sociales.
- **Baja participación social y comunitaria:** Las organizaciones comunitarias son descritas como espacios privilegiados de sociabilización y distensión. Sin embargo, son numerosos los problemas a los que se enfrentan para mantenerse a flote, entre los que destacan las dificultades económicas, la recuperación post-pandemia y las necesidades de

transporte de sus miembros. De los programas domiciliarios abordados, algunos PADAM contemplan la organización de actividades barriales para el encuentro de personas mayores, incentivando su participación. Más allá de tal acción, se observa una falta de fomento territorial que incentive la creación de nuevas organizaciones y/o busque que las existentes no desaparezcan.

- Precariedad en los servicios de salud: Se evidencian problemas de salud agravados por trayectorias de pobreza y precariedad laboral. Asimismo, se identifican barreras estructurales a la atención en los servicios de salud: dificultades para reservar horas, carencia de medios para trasladarse hacia y desde los establecimientos, falta de especialistas que redundan en largas listas de espera, entrega parcial de medicamentos, y problemas ligados a la indiferencia, maltrato y/o negligencia del personal médico. Los programas domiciliarios contribuyen a superar algunas de estas barreras. Más específicamente, Cuidados Domiciliarios de Senama y el Programa Red Local facilitan la entrega de medicamentos y la movilización de la persona hacia y desde el centro de salud, mientras que PADAM ayuda a facilitar gestiones (como reserva de horas) y a formar tanto a las personas mayores como a sus cuidadores(as) para que puedan conectarse de manera autónoma a la red de servicios. Sin embargo, esta ayuda no es suficiente para revertir los obstáculos a los que se enfrentan. El stock de medicamentos en muchos casos sigue siendo limitado. Asimismo, los(as) monitores(as) de los programas que entregan cuidados no siempre pueden ayudar a las personas a llegar a los centros de salud (ya sea por falta de transporte o por dificultades de horario). Por último, tanto el trato displicente y las posibles negligencias por parte del personal de salud, son problemas que exceden el ámbito de acción de los programas domiciliarios. Aunque el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa se plantea como un gran facilitador para sus participantes, las frecuencias de sus visitas suelen ser percibidas como insuficientes por los participantes.

- Ingresos insuficientes: La situación de vulnerabilidad de las personas mayores se expresa de modo patente en su principal necesidad: la económica. Las personas entrevistadas subsisten, en gran medida, gracias a la pensión garantizada universal, lo que si bien en algunos casos ubica a su hogar por encima del umbral de la pobreza, les resulta muy difícil satisfacer sus necesidades básicas. Aunque la mayoría de las

personas no paga dividendo ni arriendo, las cuentas de servicios básicos (agua, electricidad y, en ocasiones, televisión), y los gastos en transporte y alimentación representan una significativa dificultad económica. Por lo mismo, los(as) familiares directos(as) suelen ser un apoyo financiero indispensable. Otro facilitador en este ámbito corresponde a las ayudas monetarias y en especies que entregan el Estado u organizaciones de la sociedad civil. Si bien la contribución monetaria o en especies que hacen algunos programas es valorada (como PADAM o el estipendio que entrega el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa del Minsal), las personas entrevistadas señalan que su efecto en la economía del hogar es acotado.

- **Trayectorias educacionales y laborales:** Las personas mayores presentan menores niveles de escolaridad en comparación a la población menor de 60 años. Un patrón en los relatos de las personas mayores es el quiebre de sus trayectorias educativas antes de ingresar a la educación secundaria. Asimismo, se registra la presencia de trabajo infantil y trayectorias laborales informales. Los problemas de salud impiden que muchas personas mayores con intenciones de insertarse laboralmente puedan hacerlo. No obstante, algunas personas entrevistadas recurrían a micro-emprendimientos como método para complementar ingresos, aunque sin apoyo institucional.
- **Cuidadoras no remuneradas:** Las cuidadoras no remuneradas son el pilar fundamental de las personas mayores, en particular de las que se encuentran en situación de dependencia. Las cuidadoras reportan un deterioro de su salud física y mental asociado a la intensidad de las labores de cuidado cotidiano, como la realización de maniobras de desplazamiento que requieren ejercer mucha fuerza, hacer fila desde muy temprano para reservar horas de atención médica, e incluso soportar violencia verbal y física por parte de las personas mayores en algunos casos, por mencionar algunos ejemplos. La sobrecarga de las cuidadoras también se atribuye a la frecuencia con la que deben realizar esta actividad, lo que también conlleva un debilitamiento de sus vínculos interpersonales e imposibilita su participación en el mercado laboral. El actual estipendio que entrega el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa del Minsal y el aporte mensual de PADAM son insuficientes para compensar la ausencia de ingresos producto de su exclusión laboral. La incorporación

de las cuidadoras al mercado laboral no es posible considerando la carga de trabajo no remunerado que conlleva cuidar permanentemente a personas mayores. Los cuidados domiciliarios que entregan los programas no logran permitir a las cuidadoras el tiempo necesario para incluirse laboralmente, requiriendo formas más permanentes de cuidado para conseguir una inserción significativa. Según ENDIDE 2022, entre sus principales necesidades de apoyo destacan en orden de prioridad la asistencia técnica o profesional en domicilio para cuidado, el compartir responsabilidades de cuidado con otras personas, el apoyo psicosocial o atención en salud (para la misma persona cuidadora), apoyo o relevo de otra persona, y el entrenamiento técnico o capacitación en cuidados específicos.

- Programas de servicios domiciliarios: Con respecto a la participación de las personas en los programas domiciliarios, las entrevistas describen que estos son útiles y valorados, aunque el tipo e intensidad de la ayuda (cuidados y/o apoyo al cuidado) varía mucho según el tipo de programa. El principal servicio que entrega PADAM del Hogar de Cristo es la activación y articulación de las redes institucionales, tanto públicas como privadas, para que las personas puedan recibir diversas prestaciones atingentes a sus necesidades. Las personas entrevistadas reconocen estar conectadas en esas redes, aunque no identifican explícitamente el trabajo de intermediación que realiza PADAM (probablemente por tratarse de gestiones administrativas que se realizan en un momento distinto al de las visitas domiciliarias). De modo secundario, proveen ayuda material y emocional, apoyo que es valorado y agradecido por las personas. Para quienes son beneficiarios(as) exclusivamente de PADAM, si bien el apoyo al cuidado es valorado, se evidencia una percepción de insuficiencia de las prestaciones más marcada en comparación al resto de los programas. Esta situación se traduce en mayores necesidades de cuidado directo en las personas mayores (en términos de la realización de sus actividades de la vida diaria), y de respiro como de también apoyo a las labores de cuidado para las cuidadoras. Con respecto al programa Cuidados Domiciliarios de Senama y al Programa Red Local, los relatos de las cuidadoras suelen estar marcados por experiencias constantes de sobrecarga con insuficientes momentos de descanso, lo que da cuenta de una ayuda útil pero insuficiente en cuanto a cantidad de horas dedicadas al cuidado de la persona mayor. Por lo mismo, las personas entrevistadas que son beneficiarias de

estos últimos programas solicitan un incremento en la intensidad de las prestaciones ligadas a las visitas domiciliarias.

Figura 4.7: Síntesis caracterización de las personas mayores y sus cuidadoras

Caracterización personas mayores en situación de pobreza y exclusión en Chile

- **Precariedad en los distintos ámbitos**
 - Barrios inseguros y con problemas de accesibilidad
 - Viviendas en mal estado y no adaptadas a las necesidades de las personas mayores
 - Baja participación social y comunitaria
 - Mayores problemas de salud y precariedad en los servicios de salud
 - Ingresos insuficientes para satisfacer las necesidades básicas
 - Quiebres en las trayectorias educativas
 - Trayectorias laborales informales y experiencias de trabajo infantil

Cuidadoras no remuneradas

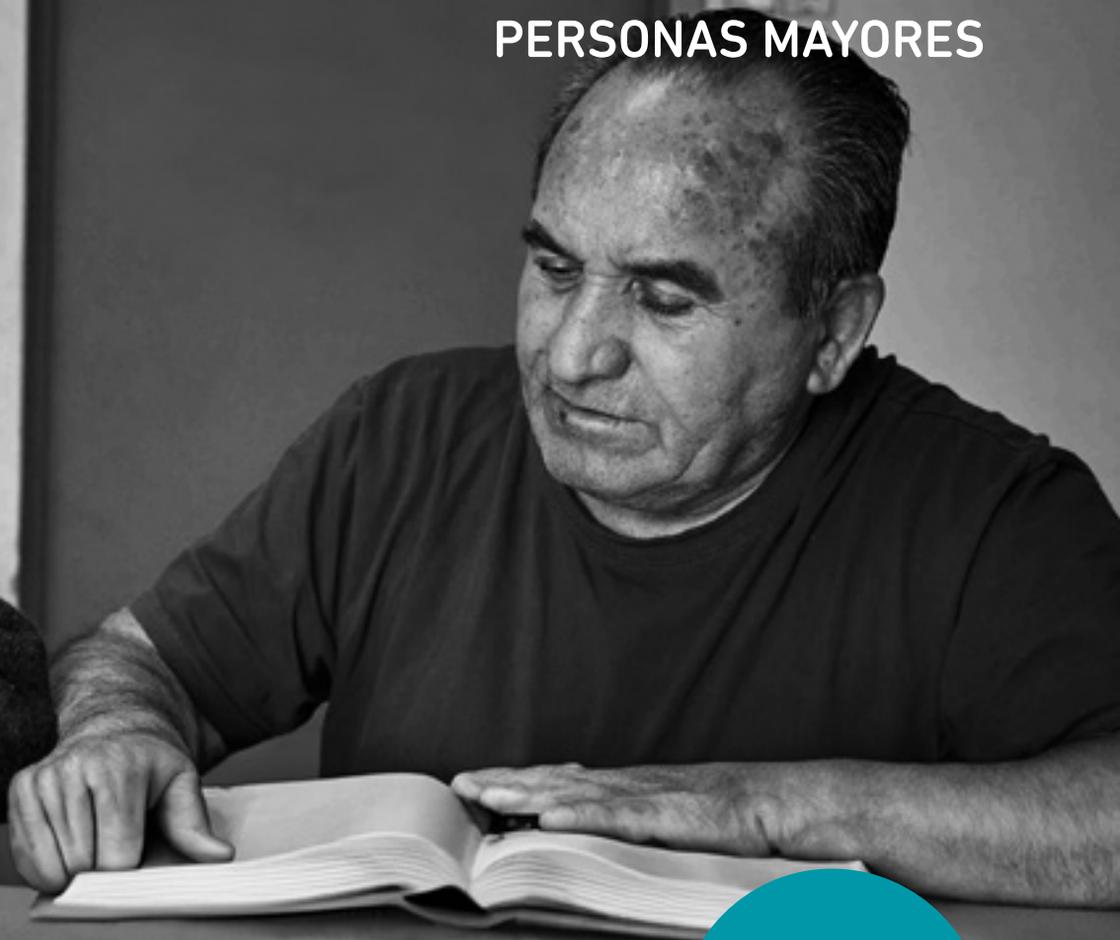
- **Caracterización:**
 - Pilar clave para las personas mayores
 - En su mayoría mujeres, muchas de ellas personas mayores
- **Algunos problemas asociados al cuidado:**
 - Sobrecarga y deterioro de salud
 - Debilitamiento de vínculos personales
 - Incompatibilidad con participación en mercado laboral
- **Apoyo del Estado es insuficiente:**
 - Estipendio
 - Horas de atención domiciliaria
- **Necesidades de las cuidadoras:**
 - Servicios de respiro
 - Apoyo psicosocial
 - Atención en salud
 - Capacitación en cuidados específicos

Vinculación con programas domiciliarios

- **Experiencias PADAM:**
 - Gestión de redes y ayuda material y emocional son valorados positivamente
 - Existe una percepción de insuficiencia de las prestaciones y la necesidad de cuidado directo y servicios de respiro
- **Experiencias Cuidados Domiciliarios y Red Local:**
 - Los servicios son considerados como ayuda útil pero insuficiente
 - Dominan relatos de sobrecarga constante de las cuidadoras
 - Se solicita un aumento de la frecuencia e intensidad de la atención domiciliaria



**EVIDENCIA INTERNACIONAL SOBRE
CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN:
UNA MIRADA PARTICULAR A LA
ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA
PERSONAS MAYORES**



05

Este capítulo recopila evidencia internacional sobre los sistemas de Cuidados de Larga Duración (CLD). En la primera parte se discuten los factores relevantes para diseñar e implementar servicios dirigidos a personas mayores con algún tipo de dependencia, entre ellos se encuentran: la universalidad o focalización de los servicios; el tipo de proveedor de cuidado (remunerado y no remunerado); los tipos de servicios y prestaciones; la integración y continuidad de los servicios; la institucionalidad del sistema; el tipo de financiamiento y la regulación del sistema.

En la segunda parte, se abordan los servicios de atención domiciliaria de las personas mayores con dependencia, caracterizando dos tipos de servicios: aquellos centrados en quienes reciben el cuidado y aquellos centrados en quien entrega el cuidado de forma no remunerada.

Por último, se realiza una síntesis de los principales hallazgos de la literatura internacional respecto a los sistemas de CLD y los servicios de atención domiciliaria.

5.1 SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Las características de sistemas de CLD varían notablemente entre los países, según las diferencias culturales, políticas, epidemiológicas y perfiles socioeconómicos de cada uno de ellos. En un extremo hay países con muy poco o ningún sistema de CLD, dejando las actividades de cuidado de larga duración (casi) enteramente a las familias, con escasos servicios de apoyo; esto ocurre en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En el otro extremo, hay algunos países con sistemas de CLD muy bien desarrollados; como es el caso de Noruega, Suecia y Países Bajos (OMS, 2021; Rossel, 2023).

Para definir los CLD es relevante considerar el tipo de proveedores, el tipo de servicios que se entregan, el lugar en que son entregados los servicios y los(as) beneficiarios(as) que se consideran elegibles. Respecto a los proveedores, los CLD son proporcionados por los(as) cuidadores(as) no remunerados(as) (es decir, familia, amistades y voluntariado) y trabajadores(as) de cuidado (trabajadores(as) sociales, técnicos sociales, enfermeras, dependiendo del país y de la necesidad de la persona con dependencia). En cuanto al tipo de servicios, los CLD brindan asistencia,

apoyo y supervisión para realizar las actividades de la vida diaria, tanto básicas (alimentación, higiene, etc.) como instrumentales (aseo, cocina, etc.), al igual que a mantener sus relaciones sociales y acudir a los servicios de salud. En términos de los(as) beneficiarios(as), los sistemas de CLD atienden a personas con dependencia. Es decir, con disminuciones significativas en la capacidad intrínseca y la capacidad funcional. Por último, los CLD se entregan, de forma continua o intermitente, en diversos entornos (en el hogar de la propia persona, centros comunitarios, o centros residenciales de largo plazo) (Muir, 2017; OMS & OCDE, 2021; Perracini et al., 2022).

Los sistemas nacionales de CLD son una respuesta social de los Estados ante las desigualdades en la distribución del trabajo de cuidados no remunerado, la escasa infraestructura de cuidados, el déficit de personal con formación y capacitación para la prestación de servicios de cuidado de acuerdo con las diversas necesidades, y las lagunas legislativas y programáticas para garantizar este derecho de manera universal y con la calidad adecuada (CEPAL, 2015).

Elementos clave para el diseño e implementación de sistemas de CLD

Para todos los países, el diseño e implementación de políticas públicas de CLD ha sido muy desafiante. En adelante, se detallarán los puntos clave a considerar para el diseño y la implementación de un sistema de apoyos y cuidados, según la literatura internacional.

5.1.1 Universal o focalizado

La mayoría de los países de la OCDE tienen sistemas universales de CLD, en coherencia con sus sistemas universales de salud (Matus López, 2021b; Muir, 2017; Rossel, 2023). Que sean universales significa que los Estados deben asegurar que todas las personas mayores con dependencia, que lo requieran, tengan acceso a cuidado con el mismo nivel de calidad (CEPAL, 2022).

El derecho universal a los CLD está consagrado en el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores: "La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud,

cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía” (OEA, 2015).

Un argumento a favor de la universalidad de los sistemas de cuidado es el alto costo de los servicios de cuidado, superando el ingreso mediano de las personas mayores de 65 años en la mayoría de los países; por ejemplo, en Suecia y Finlandia son cuatro veces el ingreso mediano aproximadamente (OCDE, 2021a, p. 269). A no ser que las personas tengan ahorros considerables, requieren de ayuda por parte del Estado para poder acceder a esos servicios; de lo contrario, están en riesgo de caer bajo la línea de la pobreza (Muir, 2017; Oliveira Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020). Para un gran porcentaje de personas mayores con dependencia sería imposible pagar o se verían en riesgo de no poder cubrir sus necesidades básicas (Matus López, 2021b; Muir, 2017).

Sin embargo, es fundamental que la universalidad considere criterios de progresividad, sobre todo para los países de ingresos medios o bajos, que aún no tienen instalado un sistema nacional de cuidado, dado el alto costo y carga fiscal que implica para los Estados (CEPAL, 2022a). En esta línea, existen distintos criterios de focalización para definir a la población objetivo, dentro de ellos están: el nivel de dependencia, el nivel socioeconómico y la edad de las personas.

En algunos países se focaliza según **nivel de dependencia** de la persona. Con frecuencia, los países miden la dependencia y su severidad por medio de un cuestionario que indaga si existe o no dificultad para realizar una serie de actividades elementales de la vida diaria (Medellín et al., 2018). Dependiendo de esa evaluación, se categoriza en persona con dependencia leve, moderada o severa y se entrega el servicio que la persona requiere. En algunos países, por ejemplo República Checa o Israel, se entrega servicios y apoyos estatales sólo a las personas con dependencia moderada o severa; en otros países, como Inglaterra, se ofrece una transferencia monetaria, pero los servicios también son priorizados para personas con dependencia moderada o severa. Esto excluye a las personas con dependencia leve, lo que podría ser problemático para personas de bajos estratos socioeconómicos, que no pueden costear servicios y bienes básicos para mantener su calidad de vida (Muir, 2017).

Respecto al **nivel socioeconómico**, en algunos países existe una focalización hacia las personas más vulnerables. El acceso a los servicios de CLD es fundamental para las personas mayores en situación de pobreza, considerando que tienen mayor prevalencia de dependencia, menos redes de apoyo y no cuentan con los recursos monetarios para financiar estos programas y prestaciones (Matus López, 2021b; Muir, 2017).

En algunos sistemas de CLD se mezclan estos criterios de focalización, limitando sus prestaciones exclusivamente a personas mayores en situación de pobreza con nivel de dependencia severa. Con esto, las personas en pobreza con dependencia moderada corren el riesgo de quedarse sin atención de sus necesidades, porque no tienen los recursos suficientes para pagar un servicio privado. Por la falta de prevención y cuidado oportuno, en el mediano y largo plazo, esto puede significar que las personas en situación de pobreza y con dependencia leve o moderada transiten aceleradamente hacia una dependencia severa, que requiere un servicio más especializado y de alto costo (Matus López, 2015; Oliveira Hashiguchi & Llana-Nozal, 2020).

Respecto a la focalización por **edad**, en varios países los servicios y prestaciones del sistema de CLD se dirigen exclusivamente a las personas mayores, generalmente a mayores de 60 o 65 años. Por ejemplo, en Francia es a partir de los 60 años y en Escocia el límite está en 65 años. En el caso de Uruguay, se hacen distinciones más específicas según dispositivos del sistema de cuidado: el acceso a los centros diurnos es a partir de los 65 años, a teleasistencia a partir de los 70 y a la atención domiciliaria a partir de los 80 años (Aranco et al., 2022; Cafagna et al., 2019; Sistema Cuidados Uruguay, 2020).

En otros países, la edad no se usa como criterio de focalización. Por ejemplo, en países como España o Países Bajos se considera únicamente la dependencia para determinar si una persona recibe o no un servicio del sistema de CLD (Acosta & Picasso, 2019; Becker & Reinhard, 2018; Cafagna et al., 2019; Huete-García et al., 2021; Imserso, 2022; Joshua, 2017; Setián Santamaría & Acosta González, 2010; van Lier, 2021).

Si bien algunos países usan criterios de focalización de los servicios de CLD, la recomendación a nivel internacional es avanzar progresivamente hacia

un sistema universal de cuidado, como Suecia o Finlandia, que ofrezca servicios para toda la población con dependencia. Otros países, dentro de su universalidad, pueden tener elementos focalizados en las personas en situación de pobreza, como es el caso de Bélgica (Matus López, 2015; Muir, 2017). A pesar del alto costo fiscal que significa tener un sistema universal de CLD, un sistema de CLD altamente focalizado podría tener otras consecuencias negativas y de mayor costo para el fisco, por ejemplo, un mayor riesgo de empobrecimiento de la clase media, mayores niveles de dependencia y mayores gastos en salud.

5.1.2 Proveedor de cuidado: cuidado remunerado y no remunerado

En el diseño de los sistemas de CLD es crucial definir quién prestará los servicios de cuidado. Estos pueden ser trabajadores(as) de cuidado remunerados(as) (también denominados cuidadores(as) formales) o cuidadores(as) no remunerados(as) (informales). La responsabilidad del cuidado ha evolucionado a lo largo de la historia. En la década de los 70, en Europa el cuidado de las personas era meramente tarea de las familias, en particular de las mujeres. El modelo dominante de cuidados era el de “riesgo familiar”, en el que la mujer (dueña de casa) se hacía cargo de todas las personas dependientes del hogar (menores de edad, personas con discapacidad o enfermedades crónicas, personas mayores). Los países nórdicos fueron los primeros en cambiar a un modelo de “riesgo social”, dándole un enfoque de carácter más institucional al implementar sistemas de CLD (Acosta & Picasso, 2019). Esto se conoce como proceso de “desfamiliarización del cuidado”; es decir, se intenta aliviar “a las familias de las responsabilidades relativas al bienestar y asistenciales de la unidad familiar, ya sea a partir de la infraestructura del Estado de Bienestar o por medio de la dispensa del mercado” (Pautassi, 2007, p. 11). En la misma línea, se encuentra la noción de “corresponsabilidad social y de género”, refiriéndose la corresponsabilidad social a la distribución del cuidado sobre los diversos actores de la sociedad (Estado, mercado, familia, comunidad); y la corresponsabilidad de género a la promoción de la igualdad de género en el trabajo de cuidado (ONU Mujeres & CEPAL, 2021). Sin embargo, todavía las mujeres se hacen cargo mayoritariamente del cuidado (Acosta & Picasso, 2019).

Existe una tendencia mundial a priorizar la formalización del cuidado, a través de trabajadores(as) remunerados(as) con formación y certificación (Aranco et al., 2022; Aranco & Ibarrarán, 2020; Cafagna et al., 2019; Colombo et al., 2011; Huenchuan, 2022). Esto debido a un contexto de acelerado envejecimiento, crisis de los cuidados y el cambio en la estructura familiar, como se revisó en el capítulo de marco conceptual de este libro.

En la mayoría de los países, se observa una escasez de trabajadores(as) calificados(as), debido a condiciones laborales precarias, bajos sueldos, mucha presión laboral, un trabajo altamente estresante y desafiante (física y emocionalmente), bajo reconocimiento social, entre otros. De estos, un 90% son mujeres, mayoritariamente de bajo nivel educativo, en muchos casos son migrantes (Acosta & Picasso, 2019; OCDE, 2021b, p. 264/265). El tipo de calificación de los(as) cuidadores(as) varía significativamente de país a país. Sin embargo, existen países, como Alemania y Hungría, en que la mayoría de estos son enfermeras con especialización en geriatría (Colombo et al., 2011).

Para mejorar la calidad de los servicios de CLD entregados por los(as) trabajadores(as) en cuidados, los países deberían utilizar las siguientes estrategias (Colombo et al., 2011):

- mejorar los esfuerzos de reclutamiento y ampliar el abanico de posibles trabajadores(as);
- aumentar la retención de los(as) trabajadores(as) contratados(as), mejorando el salario, las condiciones laborales y el reconocimiento social;
- buscar opciones para aumentar la productividad de los(as) trabajadores(as) a través de mayor certificación e inversión en capital humano;
- mejorar las condiciones laborales y aumentar las estrategias de entrenamiento para los(as) trabajadores(as) inmigrantes, que en muchos países desarrollados representan un porcentaje importante de la fuerza laboral formal en el sistema de cuidado y apoyo.

Además de invertir en la calidad de su formación, es necesario asegurar un estándar adecuado de trabajadores(as) por persona mayor. En los países de la OCDE, hay un promedio de 5 trabajadores(as) de cuidado por cada 100 personas mayores de 65 años; con grandes diferencias entre los países: 12 trabajadores(as) por cada 100 personas mayores en Noruega y Suecia, y menos de 1 trabajador(a) por cada 100 personas mayores en Portugal, Grecia y Polonia (OCDE, 2021b). Para Latinoamérica, no hay datos comparables y se requiere invertir en la formación de personal capaz de lidiar con las complejas necesidades del contexto actual de envejecimiento (más personas mayores, tareas multidisciplinarias, etc.) y la formación especializada en geriatría de los(as) profesionales de salud (Huenchuan, 2013).

Es importante recordar que, debido al envejecimiento de las sociedades, el sector formal de los cuidados va a ofrecer un gran potencial de creación de empleo. Según estimaciones de la OIT, si los países invierten suficientemente en el sector de los cuidados de larga duración, este, a nivel mundial, podría generar 30 millones de puestos de trabajo adicionales (OIT, 2021), pero es importante que ese sector se transforme en uno de trabajo digno.

No obstante, tal como ya se mencionó anteriormente, gran parte del cuidado todavía se realiza de manera **informal y no remunerada** por parte de familiares. Por ejemplo, datos oficiales de la Unión Europea indican que, dentro de los países miembro, solamente 55% de las personas con dependencia reciben algún tipo de apoyo de los sistemas de cuidado (Medellín et al., 2018).

Adicionalmente, el cuidado no remunerado es entregado en su mayoría por mujeres, lo que podría significar consecuencias negativas para ellas (Galkutė & Miranda, 2022). Para aliviar la carga a los(as) cuidadores(as) informales no remunerados(as), en la mayoría de los países de la OCDE se ofrecen distintas alternativas: la posibilidad de licencia laboral (pagada o no pagada), el derecho a trabajo part-time, transferencias directas hacia los(as) cuidadores(as), servicios de capacitación y formación, acceso a centros de día, entre otros (Colombo et al., 2011; OCDE, 2021b). Particularmente, estas medidas son insuficientes para las familias en situación de pobreza o vulnerabilidad, porque muchas veces tienen que elegir entre cuidar a un(a) familiar (y dejar de trabajar) o seguir trabajando (y el/la familiar se queda sin cuidado suficiente) (Stampini et al., 2020). Por eso, es tan necesario el

reconocimiento y la inclusión del cuidado en las políticas públicas en un marco de solidaridad e igualdad. La evidencia muestra que mientras más fuerte es la protección social en el país, menos cuidadores(as) informales hay (OCDE, 2021b).

Respecto a los servicios entregados dentro del sistema de cuidados y apoyos, es importante que el Estado tome una postura clara respecto al rol que debe desempeñar la familia (OCDE, 2021b). Por ejemplo, en América Latina y en Europa del sur, el apoyo familiar se considera una obligación moral, la familia debe colaborar, en la medida de lo posible, con dinero y tiempo para el cuidado, antes de recibir apoyo estatal (Colombo et al., 2011).

Cualquiera sea la persona que presta los servicios de CLD, los cuidados deben cumplir con los estándares del **trabajo decente**. La OIT propone 5 ámbitos de política públicas que los países deben fortalecer: el reconocimiento (del valor del cuidado para la sociedad y su inclusión en las políticas de protección social); la reducción (de la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados); la redistribución (de las responsabilidades de cuidado entre las mujeres y los hombres y entre los hogares y el Estado); la recompensación (de las condiciones de empleo decentes: niveles de remuneración adecuados, acceso a seguridad social, jornada laboral adecuada, etc.); y la representación (el diálogo social y la negociación colectiva de los(as) trabajadores(as) del cuidado) (OIT, 2018).

5.1.3 Servicios y prestaciones en CLD

Los países tienen que definir qué tipo de servicios y prestaciones de CLD entregan a las personas mayores y de qué forma; según su grado de dependencia, necesidades y preferencias. Estos deben ser suficientemente flexibles y estar centrados en la persona mayor, reconociendo que ella no es un objeto de cuidado, sino un sujeto de derechos (Gascón & Redondo, 2014).

Los sistemas de CLD ofrecen una amplia gama de servicios para respuestas a las diversas necesidades de cuidado y apoyo (Medellín et al., 2018, p. 14):

- **Servicios en instituciones:** Se trata de servicios integrales que son prestados en una institución que incluye alojamiento, cuidado, enfermería y servicios de salud más complejos; según la necesidad de la persona. Entre ellos se encuentran, por ejemplo: casas de retiro o residencias de larga estadía. También, en algunos países, se ofrece el servicio dentro de hospitales.

- **Servicios en el domicilio:** Se trata de servicios prestados en el lugar donde vive la persona. El elemento central es la asistencia personal para realizar actividades básicas e instrumentales. Adicionalmente, puede incluir ayuda para realizar tareas domésticas y entrega de apoyo social, alimentos o bienes (véase más detalle en el capítulo 5.3).
- **Centros de día:** Se trata de servicios integrales que se prestan en establecimientos ambulatorios, que no incluyen alojamiento. Pueden entregar: alimentación, talleres, servicios de cuidado, de enfermería y otros servicios de salud.
- **Servicios de teleasistencia:** Son prestados a través de tecnologías de información. El objetivo principal es proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias o cuidados, alarmas personales, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas, detectores de temperatura, humo y fugas de agua y administradores de medicamentos.
- **Servicios para cuidadores(as):** Son servicios que están orientados a apoyar a cuidadores(as) informales o no remunerados(as). Hay dos categorías importantes: los servicios de capacitación para cuidadores(as) familiares y los servicios de respiro. Estos últimos consisten en servicios de cuidado que se prestan de manera temporal para permitir que el(la) cuidador(a) habitual descansa de las responsabilidades de cuidado.

Con excepción de los servicios en instituciones, los demás servicios están pensados para fomentar que la persona mayor con dependencia permanezca el mayor tiempo posible en su domicilio, siguiendo en enfoque envejecer en el lugar, anteriormente descrito.

Frecuentemente, el tipo de servicio se define según el nivel de **dependencia** (leve, moderada o severa). Esto determina, por ejemplo, la frecuencia de la prestación, la cantidad de horas de atención, el ratio entre equipo y beneficiarios y el nivel de especialización de los dispositivos. En general, los servicios para niveles leves de dependencia se focalizan en la promoción de autocuidado, la autonomía y en la integración social de las personas en su comunidad. Por su parte, los servicios dirigidos a personas con niveles severos de dependencia requieren mayor dotación y especialización del personal, así como magnitud de insumos tecnológicos (Gascón & Redondo, 2014; Oliveira Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020).

Es relevante definir la intensidad de los servicios según nivel de dependencia, porque existe el riesgo que al ofrecer un mayor nivel de asistencia que el requerido a las personas con dependencia leve se limite su capacidad funcional y autonomía y, además, de ser una ineficiente utilización de recursos humanos y monetarios (Gascón & Redondo, 2014; Oliveira Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020).

En este sentido, la aplicación de **instrumentos** para medir la dependencia funcional de las personas mayores facilita la organización de los servicios. Además, esto está relacionado con el presupuesto, porque los costos de la atención aumentan a un mayor nivel de dependencia y necesidad de apoyo en actividades básicas de la vida diaria. De la misma manera, los indicadores de procesos y de resultados del programa de CLD deben ser diferenciales según los niveles de dependencia de la población objetivo (Gascón & Redondo, 2014) (Ver recuadro 5.1).

Recuadro 5.1: Medición de la dependencia en la vejez

La mayoría de los países con sistemas de cuidado miden la dependencia y su severidad por medio de un cuestionario que indaga si existe o no dificultad para realizar una serie de actividades elementales. Dentro de los instrumentos más utilizados están Katz, Barthel, y Lawton y Brody. Sin embargo, frecuentemente los países diseñan sus propios instrumentos, los cuales contemplan una lista diversa de actividades relevantes para las personas. Los dominios relacionados con las actividades básicas de la vida diaria son constantes en casi todos los instrumentos: bañarse, uso del sanitario y continencia, vestirse, autocuidado, movilidad y alimentación. A este conjunto de actividades básicas, se agregan algunas limitaciones para realizar actividades relacionadas con las actividades instrumentales, esto incluye: utilizar medios de comunicación (especialmente para notificar una emergencia), realizar compras, preparar comida, limpiar el hogar, lavar la ropa, usar transporte público, ser responsable de tomar medicamentos y administrar un presupuesto.

Una limitación de estos cuestionarios es que no son adecuados para identificar a las personas con deterioro cognitivo que requieren cuidado, lo cual es un tema relevante dado el aumento en la prevalencia de demencia entre personas mayores. Por esta razón, en varios países los instrumentos para identificar la dependencia fueron adaptados para incorporar o fortalecer preguntas sobre el deterioro cognitivo.

Además de determinar la elegibilidad y medir el nivel de dependencia, los cuestionarios son una herramienta útil para diseñar un plan de cuidados. Para este fin, incluyen preguntas que no entran en el cálculo del puntaje, pero que se utilizan para describir con más detalle la situación de dependencia.

Fuente: (Medellín et al., 2018).

Es importante destacar que algunos servicios o prestaciones pueden no ser considerados parte del sistema de CLD, porque ya son cubiertos por otros ámbitos de política pública, dependiendo de la institucionalidad a cargo del cuidado en cada país. Por ejemplo, en sistemas de salud universales puede que ya se estén brindando todos los servicios sanitarios que requieren las personas mayores con algún tipo de dependencia, cubriendo los servicios de asistencia personal y doméstica en su domicilio (Oliveira Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020) (ver más detalle en la sección 5.2.)

Respecto al uso de los diferentes servicios, en los países de la OCDE, en promedio, un 10,1% de las personas mayores de 65 años recibió algún servicio de CLD durante 2019 (OCDE, 2021a). En general, se pueden observar tres tendencias respecto a los servicios: primero, se observa un aumento en la **atención domiciliaria** y una baja en institucionalizaciones, lo cual se explica entre otros por los altos costos de los servicios en instituciones, la promoción de políticas para envejecer en el lugar y la creciente preferencia de las personas mayores de permanecer en su domicilio (Cafagna et al., 2019; Medellín et al., 2018; OCDE & Unión Europea, 2013).

Segundo, se observa un aumento en la participación del **sector privado** en la ejecución de los programas de CLD, con subsidios del Estado, a través de empresas, organizaciones sin fines de lucro o personas particulares. Esto puede ser a través de un subsidio entregado por el Estado a las entidades privadas o mediante una transferencia monetaria entregada a la persona mayor o su familia para contratar el servicio en el sector privado (Medellín et al., 2018).

Tercero, se ha tendido a priorizar **transferencias monetarias** por sobre la entrega de bienes o especies, como pañales y cajas de mercadería, porque permiten mayor flexibilidad y autonomía para las personas y eficiencia en la respuesta del Estado (Medellín et al., 2018). Otra ventaja son los bajos costos administrativos y la fácil gestión; siendo útiles sobre todo para ayudas inmediatas. Las críticas a las transferencias apuntan a que, dados los altos costos de los servicios de CLD, estas tendrían que ser muy altas para garantizar el acceso a servicios de calidad (Matus López, 2015).

5.1.4 Integración y continuidad de los servicios de CLD

Es vital que los servicios de CLD aseguren la integración y continuidad en su entrega. La **integración** se refiere a una coordinación fluida entre las prestaciones que entrega el área de salud (atención primaria, hospitales, atención domiciliaria sanitaria a personas con dependencia, apoyo con insumos médicos) y el área social (residencias de larga estadía, centros de día, apoyo socioeconómico, servicios de acondicionamiento de la vivienda). Esto también incluye los servicios intersectoriales a nivel local (como gobierno regional o comunal, centro de salud comunitario, agrupaciones de personas mayores) y central (Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Transportes, entre otros). Por su parte, la **continuidad** en los servicios de CLD hace hincapié en el encadenamiento de las prestaciones de cuidado, incluyendo las distintas etapas: prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos (Colombo et al., 2011; Lehmann & Havlíková, 2015; OMS, 2019, 2021).

Estas son algunas de las barreras que frecuentemente impiden la integración y continuidad de servicios en el contexto del cuidado y apoyo a personas mayores (OMS, 2008):

- En varios países existe una gran diferencia entre los servicios de salud y los servicios sociales, esto involucra la regulación legal, la forma de financiamiento y el modo de entregar las prestaciones. Por ejemplo, el derecho a salud es entendido de manera muy distinta a lo que se entiende por derecho al cuidado y apoyo, lo que se traduce en variadas organizaciones institucionales, formas de administración de los recursos, sistemas de fiscalización, entre otros. Esta realidad dificulta la integración de servicios sociales y de salud.
- La complejidad de las necesidades de las personas mayores requiere de la intervención de varias profesiones y organizaciones, quienes tienen diversas culturas, disímiles estándares de atención, discordantes prioridades de atención, entre otros. Además, los servicios de cuidado y apoyo involucran a equipos de trabajo con formación profesional y no profesional, con sus respectivas dificultades relacionales y de comunicación.

- En ciertas ocasiones, la participación de organizaciones privadas y sin fines de lucro, incentivadas por el uso de transferencias monetarias y el sistema de voucher, podría dificultar aún más la integración de los servicios y equipos, ya que aumenta los actores e instituciones involucradas en la coordinación.

Para implementar esta coordinación, algunos países utilizan la figura de **gestor de casos** o gestor de cuidados (case/care manager). Este es una persona especializada con potestad de articulación que elabora un programa individualizado junto a la persona y/o su cuidador(a). Tiene a su cargo la evaluación integral de la persona mayor, incluyendo su entorno familiar y comunitario; además, ofrece información a la persona mayor y su familia acerca de la oferta programática disponible, actúa como mediador en la negociación de intereses contrapuestos, efectúa un seguimiento periódico y responde ante emergencias (Gascón & Redondo, 2014).

Con todo, es clave ofrecer a las personas mayores una gran variedad de servicios, programas, dispositivos y prestaciones que aseguren un envejecimiento digno y saludable. Por lo tanto, es esencial discutir, desde las políticas públicas, cómo aumentar la oferta y coordinar esta gran variedad de servicios sociales (Lehmann & Havlíková, 2015).

5.1.5 Institucionalidad

En general, entre los países se observa una gran diversidad en la forma de organizar la institucionalidad pública a cargo de los servicios de CLD. Por ejemplo, existen algunos países que incluyen a los servicios de CLD en los sistemas nacionales de salud, mientras que en otros países se han establecido como rama adicional de la protección social (Becker & Reinhard, 2018; OIT, 2021). Consecuentemente, hay países, donde la dependencia institucional está subordinada al Ministerio de Desarrollo Social (Chile y Uruguay) y en otros países es el Ministerio de Salud el encargado principal (Países Bajos y Alemania). Además, hay países que tienen un ministerio que integra salud y bienestar social (España y Bélgica) (Acosta & Picasso, 2019; Becker & Reinhard, 2018).

A pesar de esta dependencia de una cartera ministerial, los países buscan estrategias para asegurar una coordinación interministerial, lo que va en

línea con la superación de la visión únicamente salubrista de los servicios de cuidados y apoyos (Acosta & Picasso, 2019; OMS, 2021). Este involucramiento de varios ministerios en la implementación de los sistemas de CLD, tiene la ventaja de una mirada más integral y holística de los servicios que requiere una persona con dependencia. Pero, al mismo tiempo, lleva el riesgo de una fragmentación de servicios y sistemas complejos respecto a financiamiento y administración, lo cual puede perjudicar la calidad de los servicios (OMS, 2021).

Con todo, no hay una solución única al respecto.

Sin embargo, la OMS (2021) tiene dos consejos clave: primero, se recomienda construir el sistema de cuidados de larga duración en base al sistema de salud y seguridad social ya existente, sobre todo en los países de ingresos medios a bajos. Principalmente, la salud primaria puede tener un rol fundamental en esto, dado que sus dependencias e infraestructura pueden servir como base para los nuevos servicios y dispositivos de cuidado. Segundo, se recomienda diseñar un buen plan de acción que contempla todos los conocimientos, posibles fragmentaciones y presenta soluciones de integración para el nuevo sistema de cuidado (OMS, 2021).

5.1.6 Financiamiento de los sistemas de CLD

Los países tienen que definir la forma de **cómo financiar el sistema** de cuidados y apoyo. Este puede ser a través de impuestos generales, contribuciones obligatorias al sistema de protección social (por ejemplo, cotizaciones al seguro de salud o al seguro de dependencia), seguros privados, gastos de bolsillo de las familias o una combinación de ambos. En la mayoría de los países de la OCDE, se aplica una mezcla de las diferentes formas de financiamiento, observándose una clara tendencia hacia el financiamiento por impuestos generales en los países nórdicos y contribuciones obligatorias en países como Países Bajos o Alemania (Cafagna et al., 2019).

En el modelo de financiación basado en contribuciones específicas, las personas realizan una contribución obligatoria que se descuenta de su salario, usualmente este monto es compartido con el empleador. El dinero recaudado va a un fondo exclusivo para gastos de atención de CLD y solo

las personas que desarrollan dependencia reciben beneficios. Por ejemplo, dentro de los países que utilizan este modelo están Alemania, Países Bajos o Corea del Sur (Cafagna et al., 2019). Por su parte, el modelo de financiación por medio de impuestos generales a que contribuye toda la población, por lo tanto, la recaudación no se limita a los salarios, sino que incluye ganancias por capital, impuestos al consumo, entre otros. Este tipo de financiamiento no utiliza un fondo específico para la atención de CLD, lo que puede significar que los recursos disponibles para el cuidado sean menos predecibles o vulnerables a cambios de criterio en los gobiernos. Por ejemplo, algunos de los países que aplican este modelo son Noruega, Suecia, Dinamarca y Finlandia. Estos sistemas tienen ventajas y desventajas, por lo que la mayoría de los países utiliza una combinación de ambos modelos (para más detalle ver Figura 5.1).

Figura 5.1. Modelos de financiamiento: ventajas y desventajas

	Contribuciones obligatorias	Impuestos generales
Ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Difícil de evadir • Recursos predecibles porque existe un fondo específico para CLD • Conexión entre contribuciones y beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor base fiscal porque incluye ganancias por capital y toda la población contribuye • El acceso de los beneficios no depende de la condición laboral • Se puede combinar fácilmente con focalización por ingresos
Desventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas sin trabajo formal no tendrían derechos a los beneficios de este seguro • Se limita a los ingresos por salarios • Es difícil modificar los beneficios 	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo menos predecible porque no existe un fondo específico para CLD • Dificultad para asegurar recursos porque compite con otras causas

Fuente: (Cafagna et al., 2019)

Independiente del tipo de financiamiento, en casi todos los países existe alguna forma de **copago o gasto de bolsillo**. Es decir, las personas que reciben servicios de CLD tienen que contribuir con sus propios ingresos. En la mayoría de los países, el monto varía progresivamente según el nivel de ingresos de las personas (OCDE, 2021a; OMS & OCDE, 2021; Rossel, 2023). En el caso de los servicios en residencias de larga estadía, este copago es más frecuente debido al alto costo del servicio; por ejemplo, en EEUU las personas mayores deben contribuir 99% de sus pensiones, en Inglaterra y Francia un 90% y en Países Bajos un 60%. Algunos países consideran además otras fuentes de ingreso o riqueza, como los activos o bienes raíces para estimar de manera más realista el poder de pago de las personas (Muir, 2017).

Es fundamental tener un sistema de financiamiento claro, porque los costos de los servicios de CLD son altos y van a ir aumentando en los próximos años. El **presupuesto** fiscal de los CLD ha ido aumentando significativamente en los últimos años a nivel mundial. En los países de la OCDE, en promedio, un 14% de todos los gastos en salud se destinan a servicios de CLD, alcanzando un 1,5% del PIB en 2019, proporción que va aumentando con el tiempo. Con todo, se observan grandes diferencias entre los países: en los Países Bajos, Noruega, Dinamarca y Suecia se gasta más de un 3% del PIB para servicios de CLD, mientras que en México, Grecia, Chile, Turquía, Israel y Polonia son menos de 0,5% del PIB (OCDE, 2021a, pp. 199 y 269).

Respecto a los **costos** de los servicios de CLD, estos también varían entre los países, según la tasa de envejecimiento y la magnitud de los servicios de CLD. Por ejemplo, los costos en Suecia son más que el doble que en Francia o Inglaterra (en relación al PIB), lo que se explica -entre otros- por los mayores gastos en la formación de los equipos y mayores sueldos (Muir, 2017).

5.1.7 Normativa y regulación del sistema de CLD

Es importante que los sistemas de cuidados y apoyos tengan un marco normativo claro, con mecanismos que garanticen la exigibilidad de los derechos de las personas mayores, más allá de la ratificación de tratados internacionales. Esto asegura que, en el caso de existir barreras u obstáculos en los cuidados y apoyos, las personas puedan recurrir a la ley y hacer exigibles sus derechos, obligando a los Estados a actuar.

En la misma línea, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en su artículo 12, mandata a los Estados a “establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda” (OEA, 2015).

La mayoría de los países de la OCDE han avanzado en la creación de marcos legales nacionales que incorporan los CLD en el ámbito de las políticas públicas. En buena medida, dichos avances, responden a los importantes anhelos señalados en las normas supranacionales que competen a la Unión Europea sobre la incorporación de nuevos modelos de protección social (Acosta & Picasso, 2019). Por ejemplo, España promulgó, en 2007, la Ley de Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, conocida como Ley de Dependencia que crea un sistema nacional de cuidado (Huete-García et al., 2021). En otros países, como Países Bajos, Alemania, Francia o Suecia, también existen leyes específicas que regularizan el sistema de cuidados y apoyos (Ariaans et al., 2021; Joshua, 2017). En América Latina, se crearon sistemas de cuidados y apoyos en Uruguay y Costa Rica dentro de un marco legislativo (Cafagna et al., 2019; Chaverri-Carvajal & Matus-López, 2021; Matus-López & Chaverri-Carvajal, 2021).

5.2 ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS MAYORES

En la mayoría de los países de la OCDE, se observa una tendencia hacia la desinstitucionalización y un aumento de la atención en el domicilio (Anttonen & Karsio, 2016; Aranco & Ibarrarán, 2020; Matus López, 2015). Por ejemplo, en los países de la OCDE, la mayoría de las personas mayores que requiere de cuidados y apoyos recibe un servicio de atención domiciliaria (69% en 2019) (OCDE, 2021b); existiendo diferencias de esta proporción entre los países, con un 35% de beneficiarios(as) de atención domiciliaria en Portugal hasta un 93% en Israel (OCDE, 2021b). Este tipo de servicios está menos extendido en los países latinoamericanos, tanto en la oferta pública como privada (Gascón & Redondo, 2014).

No hay una definición universal de lo que se entiende por servicios de atención domiciliaria a personas mayores. Este concepto varía significativamente entre países, dependiendo del sistema de salud, el sistema de protección social y el sistema de CLD existente en cada nación (Aranco & Ibarrarán, 2020; Mah et al., 2021; OMS, 2008).

No obstante, uno de los aspectos más importantes de la atención domiciliaria es el **lugar** en que se entrega el servicio: el hogar o domicilio de la persona mayor. Esto va en la línea del enfoque envejecer en el lugar cuyo objetivo primordial es permitir que las personas vivan el mayor tiempo posible en su propia vivienda y en su comunidad, con el máximo nivel de autonomía, satisfacción y calidad de vida; retrasando o evitando el ingreso a residencias de larga estadía o a hospitalización médica en el establecimiento de salud (Mah et al., 2021; OMS, 2008) (ver recuadro 5.2 y capítulo 2.6 para más información).

Además, los servicios de atención domiciliaria deben formar parte del sistema de CLD, por lo que deben ser entendidos dentro de un **continuo de cuidado**, compuesto por servicios integrales, multidimensionales y asequibles para las personas mayores (Aranco & Ibararán, 2020; OMS, 2008) (ver sección 5.1 de este capítulo).

Asimismo, los servicios de atención domiciliaria se pueden clasificar según quién es su **destinatario(a)**: (1) servicios centrados en quien recibe el cuidado o apoyo y, (2) servicios centrados en quien brinda el cuidado (Huenchuan, 2014). A continuación, estos tipos de servicios serán desarrollados en mayor profundidad.

5.2.1 Servicios centrados en quien recibe el cuidado o apoyo

Existen servicios de atención domiciliaria que están centrados directamente en quien recibe el cuidado; es decir, las personas mayores que presentan algún nivel de dependencia. A nivel internacional, este tipo de servicio se conoce como atención domiciliaria formal, ya que es entregado, de forma remunerada, por trabajadores(as) del ámbito social o de la salud, con estudios especializados o certificaciones técnicas (Colombo et al., 2011; Matus López, 2015).

Este proceso de formalización del cuidado ha sido desigual en los países. Esto se ve reflejado en la evolución del número de trabajadores(as) formales en atención domiciliaria por cada cien personas de 65 años o más. Por ejemplo, en Israel esta tasa es 9,7, en Países Bajos 2,8 y en Portugal 0,2 (OCDE, 2023). En la misma línea, algunos países, como Alemania, Francia, Países Bajos, Suecia, Suiza, han optado por tener servicios o realizar transferencias monetarias para contratar a trabajadores(as) que tienen una formación profesional o técnica y que reciben una remuneración por realizar tareas de cuidado personal y doméstico a las personas mayores

con algún nivel de dependencia (Aranco & Ibararán, 2020; Bos et al., 2007; Moré, 2018).

Es importante considerar las diferencias culturales en la atención domiciliaria. Por ejemplo, en los países escandinavos, que también tienen tasas de formalización de cuidado altas, muchas personas mayores no quieren que sus familiares cercanos les proporcionen cuidados personales íntimos, sino que prefieren que sus necesidades de atención y apoyo sean satisfechas por cuidadores(as) especializados(as) y remunerados(as) (OMS, 2008).

Por su parte, en América Latina y el Caribe, en la mayoría de los países la familia es la encargada de prestar servicios de cuidado y apoyo en el domicilio. La atención domiciliaria formal es muy incipiente, desarrollándose recientemente en países como Uruguay, Costa Rica y Chile, aun con baja cobertura nacional (Huenchuan, 2007; Matus López, 2015). Incluso en las legislaciones más recientes, la mayor parte de los Estados entienden que las familias se deben hacer cargo de los costos de la dependencia, sean estos contratados en el mercado o realizados por familiares y/o amigos(as) (Gascón & Redondo, 2014). En el continente, sigue siendo un riesgo el rol protagónico de la ayuda familiar en la seguridad económica de las personas mayores, descansando únicamente en ella como mecanismo central de protección frente al riesgo de la pobreza en la edad avanzada (Huenchuan, 2007).

Tipo de servicio o prestación

En términos del **tipo de servicio o prestación** entregada, en la mayoría de los países la atención domiciliaria se encuentra en la intersección entre el sistema de salud y el sistema social; incluyendo una amplia gama de servicios, entre ellos se distinguen (Aranco & Ibararán, 2020; Mah et al., 2021; OMS, 2008; Van Eenoo et al., 2016):

(i) **cuidado de salud:** incluye a aquellos servicios entregados por profesionales y técnicos(as) de la salud; como por ejemplo, enfermeras, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, quienes entregan servicios de rehabilitación, apoyo, prevención y tratamiento de salud, tanto de enfermedades crónicas como morbilidad. Estas prestaciones, en la mayoría de los países, son responsabilidad del Ministerio de Salud o en coordinación estrecha con esta área.

(ii) **cuidado personal:** se refiere a proveer de asistencia y apoyo en la realización de actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, levantarse de la cama, entre otros.

(iii) **asistencia doméstica:** relacionado con proveer asistencia y apoyo con actividades instrumentales de la vida diaria, como hacer el aseo del hogar, cocinar, comprar alimentos, administrar los medicamentos, apoyar en la gestión financiera, entre otros.

(iv) **apoyo social:** se relacionan con el apoyo en la interacción de la persona con su entorno, de forma que la misma pueda mantener una vida social plena en su comunidad más cercana. Este se puede entregar de forma socioemocional (compañía, diálogo, lectura, entretenimiento, contención, entre ellos) y de forma cognitiva (intercambio de experiencias, consejos, orientación para obtener información relevante, crear el contacto con diversos recursos públicos a partir de su conocimiento sobre la existencia de determinados derechos o beneficios, y gestión de redes para que la persona mayor pueda acceder a ellos) (CEPAL, 2009; Guzmán et al., 2003).

(v) **transferencias monetarias** para contratar servicios de atención domiciliaria: en algunos países, se permite contratar a un miembro de la familia para realizar las tareas de cuidado (España), mientras que, en otros casos, este subsidio se restringe a la contratación de un(a) trabajador(a) con formación especializada y reconocido por el Estado (Uruguay).

En casi todos los países varía la distinción que se hace entre los tipos de prestación y la inclusión de ellos dentro de los servicios de atención domiciliaria. En la mayoría de los países que tienen un sistema de CLD los servicios de cuidado personal (actividades básicas de la vida diaria) son la base de los servicios de atención domiciliaria, como es el caso de Alemania, Dinamarca, Escocia, España, Francia, Países Bajos, Inglaterra, Corea del Sur, Japón y Estados Unidos. Los servicios de asistencia doméstica (actividades instrumentales) son entregados en algunos países, como Alemania, Dinamarca, Escocia, Estados Unidos, Países Bajos, Japón o Francia, si bien no siempre como servicios del sistema de CLD, sino como parte de la red de servicios de la protección social en general (Aranco & Ibararán, 2020). Particularmente para los servicios de apoyo social, los países más desarrollados tienden a buscar soluciones para entregarlos en espacios

comunitarios fuera del domicilio. Como se verá más adelante, el apoyo en las actividades de la vida diaria debe tener un enfoque centrado en la persona mayor, respetando su autonomía y participación en la toma de decisiones.

Por otro lado, en países con sistemas de protección menos desarrollados, se le da importancia al apoyo social en el domicilio. Una experiencia en Argentina muestra que las personas mayores valoran recibir compañía y apoyo emocional mediante el diálogo, la lectura, el entretenimiento, la contención, el estar juntos y el compartir vivencias. Además, destacan la importancia de obtener información y apoyo con la gestión de diversos recursos públicos (CEPAL, 2009).

Frecuencia e intensidad de la atención domiciliaria

La cantidad de horas y frecuencia de la atención domiciliaria varía significativamente entre los países, dependiendo de la magnitud del sistema de CLD, considerando su presupuesto, capital humano y priorización de los servicios domiciliarios por sobre la institucionalización de las personas mayores con dependencia. Por ejemplo, en Países Bajos no existe un tope a la cantidad de horas de atención en el domicilio, pudiendo entregar una atención 24/7 si fuera necesario (Kroneman et al., 2016). Otros países, como España, definen una cantidad fija de horas de atención, según nivel de dependencia, con un máximo de 70 horas mensuales para personas mayores con dependencia severa (Rodríguez et al., 2022). En el caso de Uruguay, el sistema dispone de 80 horas mensuales para personas con dependencia severa (ver recuadro 5.4 con más detalle de estos países).

Estudios realizados por investigadores de la OCDE hacen una estimación de la cantidad de horas de apoyo y cuidado formal en el domicilio, que serían necesarias para fomentar que las personas mayores con dependencia puedan mantenerse viviendo con dignidad en sus hogares. Oliveira Hashiguchi y Llena-Nozal (2020) y Muir (2017) calculan el tiempo requerido para apoyar a la persona mayor en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria según su **nivel de dependencia**, definiendo casos típicos que pueden ser un aporte a la política pública en establecer estándares de calidad en la atención domiciliaria (ver figura 5.2). A continuación, se detallarán los criterios utilizados y los supuestos de este ejercicio.

Figura 5.2. Atención domiciliaria según tipo de dependencia

Nivel de dependencia	Cantidad de horas por semana
Leve	6 horas y 30 minutos de atención domiciliaria
Moderada	22 horas y 30 minutos de atención domiciliaria
Severa	41 horas y 15 minutos de atención domiciliaria ó 168 horas de cuidado institucional o residencial (24/7)

Fuente: Muir (2017); Oliveira Hashiguchi & Llana-Nozal (2020).

Para cada uno de los casos, el estudio define las tareas que los(as) trabajadores(as) deben efectuar y la cantidad de horas que deben destinar a cada una de las actividades básicas de la vida diaria (movilidad, higiene y alimentación), actividades instrumentales de la vida diaria (comprar, cocinar, limpiar, lavar) y actividades sociales (salir a caminar). En el caso de dependencia leve en total se contemplan 6 horas y 30 minutos a la semana; dependencia moderada 22 horas y media a la semana; y dependencia severa 41 horas y 15 minutos. Para todos los niveles de dependencia se estipula la visita de un(a) trabajador(a) de atención domiciliaria 7 veces a la semana.

Es importante precisar que esta cantidad de horas definidas según dependencia, suponen la existencia de ciertos mínimos, como, por ejemplo: atenciones de salud cubiertas y una vivienda adaptada a las necesidades de la persona mayor. Además, para el caso de dependencia severa, se asume la existencia de un(a) cuidador(a) no remunerado(a) que vive con la persona mayor y está disponible para su apoyo y cuidado el resto de tiempo.

El estudio define **un caso típico de persona mayor con dependencia leve** (Índice Barthel: 17/20; Lawton IADL: 6/8), lo que en términos de necesidades de movilidad significa, por ejemplo, que la persona se puede levantar y acostar de manera independiente, pero presenta limitaciones para agacharse. Respecto a la higiene, entre otros, necesita ayuda para ingresar y salir de la tina. Para este caso de dependencia leve se destinan 2 horas y

30 minutos a la semana a actividades básicas de la vida diaria. Dentro de ellas, se destinan 20 minutos 6 veces a la semana a apoyar o supervisar que la persona mayor lave su cuerpo, se vista y se peine. Además, se fijan 30 minutos una vez a la semana para bañar y vestir (agregando a la actividad anterior el apoyo para ingresar a la tina o la ducha). También se destinan 4 horas a la semana para actividades instrumentales, como realizar compras dos veces a la semana, limpieza de la casa y lavado de ropa. En este caso, no se destina tiempo al apoyo de necesidades sociales, asumiendo que las personas mayores las podrían realizar de forma autónoma, sin el apoyo del servicio de atención domiciliaria (ver figura 5.3).

El **caso típico de persona mayor con dependencia moderada** (Índice Barthel: 11/20; Lawton IADL 4/8) describe, entre las necesidades de movilidad, el requerimiento de apoyo de otra persona para salir a caminar o subir escaleras. En cuanto a la higiene, necesita apoyo para vestirse y desvestirse. En comparación con el caso de dependencia leve, se agrega 15 minutos, 2 veces al día, para el manejo de incontinencia; más horas al apoyo en actividades instrumentales (14 horas y 30 minutos en total), agregando la preparación de comida (1 hora y 30 minutos al día); junto con sumar apoyo a las necesidades sociales, por ejemplo, salir a caminar, vinculación con otros actores de la comunidad, entre otros (2 horas a la semana) (ver figura 5.4).

En el **caso típico de la dependencia severa** (Índice Barthel: 4/20; Lawton IADL: 0/8), se destinan significativamente más horas a todos los tipos de prestaciones. Para actividades básicas de la vida diaria son 24 horas y 45 minutos, contemplando más tipos de actividades en comparación con la dependencia moderada, sumando ayuda a comer (50 minutos, 3 veces al día) e ir a la cama (30 minutos diarios). Al igual que en el caso de dependencia moderada, se contemplan 14 horas y 30 minutos al apoyo en actividades instrumentales y 2 horas a necesidades sociales (ver figura 5.5).

Figura 5.3: Caso típico de atención domiciliaria para persona mayor con dependencia leve

Servicios proveídos por trabajador(a) de cuidado y apoyo de personas mayores: 6 horas y 30 minutos a la semana	
Actividades básicas de vida diaria: 2 horas y 30 minutos a la semana	
Lavar y vestir 20 minutos, 6 veces a la semana	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar que la persona mayor se desvista y vista - Apoyar a que la persona mayor se lave la parte superior del cuerpo - Supervisar cuidado del pelo y peinado - Lavar parte inferior del cuerpo y la espalda - Limpieza del espacio utilizado en la actividad
Bañar y vestir 30 minutos, una vez a la semana	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a la persona mayor a vestirse y desvestirse - Apoyar a la persona mayor a ingresar a la tina/ducha - Apoyar la persona mayor a lavarse la parte superior de cuerpo - Supervisar cuidado del pelo y peinado - Lavar parte inferior del cuerpo y la espalda - Limpieza del espacio utilizado en la actividad
Actividades instrumentales de la vida diaria: 4 horas a la semana	
Compras	1 hora de apoyo, 2 veces a la semana
Limpieza	1 hora, una vez a la semana
Lavado de ropa	1 hora a la semana
Necesidades sociales: Sin prestaciones por este dispositivo	
Dependencia leve: Puntaje Índice Barthel: 17/20; Lawton IADL: 6/8	

Fuente: Muir (2017); Oliveira Hashiguchi & Llana-Nozal (2020).

Figura 5.4: Caso típico de atención domiciliaria para persona mayor con dependencia moderada

Servicios proveídos por trabajador(a) de cuidado y apoyo de personas mayores: 22 horas y 30 minutos a la semana	
Actividades básicas de vida diaria: 6 horas a la semana	
Lavar y vestir 20 minutos, 6 veces a la semana	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar que la persona mayor se desvista y vista - Apoyar a la persona mayor se lave la parte superior del cuerpo - Supervisar cuidado del pelo y peinado - Lavar parte inferior del cuerpo y la espalda - Postura de pañal limpio, remover y botar pañal usado
Bañar y vestir 30 minutos, una vez a la semana	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyar a la persona mayor a vestirse y desvestirse - Apoyar a la persona mayor a ingresar a la tina/ducha - Apoyar a la persona mayor a lavarse la parte superior de cuerpo - Supervisar cuidado del pelo y peinado - Lavar parte inferior del cuerpo y la espalda - Postura de pañal limpio, remover y botar pañal usado - Limpieza del espacio utilizado en la actividad
Manejo de incontinencia 15 minutos, 2 veces al día	<ul style="list-style-type: none"> - Postura de pañal limpio, remover y botar pañal usado - Remover y botar pañal usado
Actividades instrumentales de la vida diaria: 14 horas y 30 minutos a la semana	
Compras	1 hora de apoyo, 2 veces a la semana
Limpieza	1 hora, una vez a la semana
Preparar comida	1 hora y 30 minutos al día
Lavado de ropa	1 hora a la semana
Necesidades sociales: 2 horas a la semana	
Por ejemplo, salir a caminar, vinculación con otros actores de la comunidad	
Puntaje Índice Barthel: 11/20; Lawton IADL: 4/8	

Fuente: Muir (2017); Oliveira Hashiguchi & Llana-Nozal (2020).

Figura 5.5: Caso típico de atención domiciliaria para persona mayor con dependencia severa

Servicios proveídos por trabajador(a) de cuidado y apoyo de personas mayores: 41 horas y 15 minutos a la semana	
Actividades básicas de vida diaria: 24 horas y 45 minutos a la semana	
Lavar y vestir 30 minutos, 6 veces a la semana	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar de la cama, transferir a la silla de rueda - Apoyar a que la persona mayor se desvista y vista - Apoyar a la persona mayor a que se lave la cara - Lavar a la persona mayor la parte superior del cuerpo - Apoyar cuidado del pelo y peinado - Lavar parte inferior del cuerpo y la espalda - Apoyo en el uso de escusado (levantar de la silla de ruedas para ir al escusado y limpiar luego de defecar) - Postura de pañal limpio, remover y botar pañal usado - Limpieza del espacio utilizado en la actividad
Bañar y vestir 45 minutos, una vez a la semana	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar de la cama, transferir a la silla de rueda - Apoyar a la persona mayor a vestirse y desvestirse - Levantar a la persona mayor para ingresar a la tina/ ducha - Lavar la parte superior de cuerpo, la espalda y la parte inferior del cuerpo - Apoyar cuidado del pelo y peinado - Apoyo en el uso de escusado (levantar de la silla de ruedas para ir al escusado y limpiar luego de defecar) - Postura de pañal limpio, remover y botar pañal usado - Limpieza del espacio utilizado en la actividad
Ayudar a comer 50 minutos, 3 veces al día	<ul style="list-style-type: none"> - Cortar la comida en pedazos pequeños - Supervisar la ingesta de alimentos - Mover la persona mayor a la mesa - Proveer líquido - Botar insumos o comida - Limpieza del área
Ir a la cama 30 minutos diarios	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la persona a desvestirse y vestirse otra vez - Ayudar a la persona entrar y acomodarse en la cama - Apoyo en el uso de escusado (levantar de la silla de ruedas para ir al escusado y limpiar luego de defecar) - Postura de pañal limpio, remover y botar pañal usado - Limpieza del área

Actividades instrumentales de la vida diaria: 14 horas y 30 minutos a la semana	
Compras	1 hora de apoyo, 2 veces a la semana
Limpieza	1 hora, una vez a la semana
Preparar comida	1 hora y 30 minutos al día
Lavado de ropa	1 hora a la semana
Necesidades sociales: 2 horas a la semana	
Por ejemplo, salir a caminar, vinculación con otros actores de la comunidad	
Dependencia severa: Puntaje Índice Barthel: 4/20; Lawton IADL: 0/8	

Fuente: Muir (2017); Oliveira Hashiguchi & Llena-Nozal (2020).

Otras investigaciones han identificado que es más eficiente asignar los recursos de atención domiciliaria a personas con dependencia severa. Forder et al. (2018) miden el efecto marginal de aumentar la intensidad de atención domiciliaria (cantidad de horas de apoyo y cuidado por día, nivel de presupuesto en el equipo, frecuencia de visitas) en la calidad de vida de las personas mayores, concluyendo que el efecto marginal del servicio de atención domiciliaria disminuye de manera significativa en los casos de dependencia leve y aumenta en los casos de dependencia severa. Sin embargo, tal como se vio en la figura 5.5, las personas con dependencia severa requerirían de 41 horas y media a la semana de apoyo y cuidado formal, lo que podría traducirse en un servicio muy costoso y difícil de escalar a nivel nacional.

Los casos anteriores definen la cantidad de horas y frecuencia de atención domiciliaria según el nivel de dependencia de la persona mayor, teniendo como supuesto que existe un(a) cuidador(a) informal que puede apoyar a la persona en las horas en que no hay servicio formal y, además, que la persona mayor cuenta con una vivienda adecuada a sus necesidades. Sin embargo, estos supuestos podrían no sostenerse para las personas en situación de pobreza y exclusión, quienes tienen mayor probabilidad de habitar viviendas precarias y carecer de redes de apoyo familiares o extendidas. Por lo tanto, podría ser necesario asignar más horas al apoyo social como un complemento al cuidado de las actividades de la vida diaria (CEPAL, 2009).

Enfoque centrado en la persona mayor

Diversos estudios destacan la relevancia de que los programas utilicen un **enfoque centrado en la persona**. Este posiciona a las personas en el centro de la atención, fomentando su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo para cada individuo (Martínez, 2015). Se sustenta en valores de respeto a las personas, derecho a la autodeterminación y autonomía. Busca garantizar que las decisiones tomadas por el programa respeten los deseos, las necesidades y las preferencias de las personas mayores, junto con asegurar que tengan la educación y el apoyo que requieren para tomar decisiones y participar en su propio cuidado. En definitiva, este enfoque implica reconocimiento, respeto y confianza en la persona mayor (McCormack & McCance, 2017; Ruggiano & Edvardsson, 2013; Sanerma et al., 2020).

Una revisión de literatura, que analizó 24 artículos sobre el enfoque centrado en la persona, sostiene que uno de los ejes fundamentales de esta práctica es la promoción de la **participación** de las personas mayores, mediante el fomento de tres componentes: el autocuidado, la toma de decisiones y la vida diaria satisfactoria, los cuales serán descritos brevemente a continuación (Sanerma et al., 2020):

- En primer lugar, el **autocuidado** se refiere a la motivación y el compromiso con el cuidado de uno mismo, lo que se asocia al fortalecimiento, el desempeño individual y los recursos de la persona mayor.
- En segundo lugar, se muestra que la influencia efectiva de la persona mayor sobre la **toma de decisiones** con respecto a los objetivos de atención personal, un plan de atención individual y las relaciones con los profesionales aumentan la salud, la calidad de vida y la satisfacción de la persona mayor con la atención.
- En tercer lugar, potenciar una **vida cotidiana satisfactoria** se define como prestar atención a las necesidades emocionales y psicológicas de las personas mayores, lo cual promueve el bienestar mental y un sentido de participación en su propia vida. Las personas mayores necesitan una vida diaria significativa y sus necesidades existenciales deben ser tenidas en cuenta. Al respecto es importante que el domicilio y el entorno de vida de las personas mayores les permitan vivir activamente y mantener relaciones e interacciones sociales, y que se sientan cómodas con su entorno de vida.

Recuadro 5.2: Algunos servicios complementarios para facilitar que la persona permanezca en su lugar

Además de los servicios y prestaciones a domicilio, anteriormente descrito, existen otros tipos de servicios que, si bien no califican como servicio de CLD, buscan promover la permanencia de la persona en su hogar durante el mayor tiempo posible (Aranco & Ibararán, 2020). Dentro de ellos destacan:

Adaptación de la vivienda y el entorno

Un factor relevante para la calidad de la atención domiciliaria es la condición de la vivienda de las personas mayores, un factor crítico sobre todo para las personas en situación de pobreza y exclusión. Para respetar el estilo de vida de las personas mayores en su entorno y mantener la autonomía en su propio hogar, es fundamental adaptar su vivienda y adecuarla a sus necesidades. Esto comprende equipamiento no médico, como sillas especiales, elevadores, barandillas; rampas de acceso a la vivienda; inodoros, duchas y bañeras adaptados; equipos de elevación, camas especiales para evitar las escaras y equipamiento de cocina adaptado (OMS, 2008; Turner et al., 2006). A modo de ejemplo, el acondicionamiento del baño es un punto esencial para las necesidades de las personas mayores. Dependiendo de la necesidad de la persona, se requiere contar con una puerta suficientemente ancha para que la silla de ruedas pueda ingresar; una ducha a nivel de piso para que la persona pueda acceder a ella y una silla especial para lavarse; la tasa de baño debe tener la altura apropiada para que la persona pueda sentarse y pararse cómodamente; pasamanos para apoyarse y evitar caídas (Pynoos, 2018).

Viviendas asistidas como alternativa a la residencia de larga estadía

Permite a la persona permanecer en un ambiente más parecido a su hogar (Cafagna et al., 2019). La implementación de este tipo de soluciones ha sido más fácil en países donde la mayoría de las personas mayores vive en departamento o casa alquilada (por ejemplo, Dinamarca), y más difícil en países donde la mayoría vive en su propia casa que quiere heredar a sus hijos(as) (como España) (Aranco & Ibararán, 2020).

Uso de tecnología

Envejecer en el lugar se ha visto beneficiado por el avance tecnológico que permitan facilitar la vida de las personas mayores y monitorear su estado de salud. En este sentido, cualquier tecnología, médica y no médica, que proporcione o facilite los cuidados y las actividades de la vida diaria en el hogar de una persona mayor puede considerarse una tecnología de cuidados en el hogar. En algunos países esto se conoce como teleasistencia, ya que son servicios prestados a través de tecnologías de información. El objetivo principal es proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata en caso de emergencia. Algunos ejemplos son: telemedicina; líneas de atención telefónica para emergencias o cuidados; alarmas personales; sensores de movimiento; botones de pánico; detectores de caídas, temperatura, humo y fugas de agua; y administradores de medicamentos (R. A. Clark et al., 2007; Jaana & Paré, 2007; OMS, 2008).

Estos dispositivos tecnológicos deben ser simples, fáciles de usar, seguros y adaptados a las posibles restricciones sensoriales de las personas mayores. Para el diseño de estos es importante considerar la experiencia de uso de las tecnologías por parte de las personas mayores; de modo que generen bajo estrés, requieran poco entrenamiento para su utilización, baja mantención, y que se integren de manera natural a la vida diaria (Medellín et al., 2018).

Adicionalmente, algunos países ofrecen un **servicio de comida a domicilio** (Dinamarca, Países Bajos, Escocia) o **servicios de transporte** para facilitar la integración de la persona mayor en su entorno (Francia, Países Bajos, Japón) (Aranco & Ibararán, 2020).

5.2.2 Servicios centrados en quien brinda el cuidado de manera no remunerada

Como se señaló anteriormente, un(a) cuidador(a) no remunerad(a) se define como una persona de la familia, amigo(a) o vecino(a) que cuida, de manera no remunerada, a otra persona que requiere apoyo o cuidado porque está enfermo, tiene algún tipo de dependencia o discapacidad (Colombo et al., 2011; Mah et al., 2021; OMS, 2008). Algunos países –como en América

Latina y el sur de Europa- tienen una tradición familística, en donde el cuidado de las personas mayores descansa en el rol desempeñado por la familia, principalmente mujeres como esposas, hijas y nueras. Otros países -como Francia, Alemania, Canadá, España, entre otros- han evolucionado a la formalización del cuidado, como un servicio profesionalizado pagado que debe ser garantizado por el Estado (Aranco & Ibararán, 2020; Matus López, 2021a). El porcentaje de personas que reconoce cuidar informalmente a una persona con dependencia es un 50% mayor en países como Italia o España, que en otros, como Suecia o Dinamarca (Matus López 2015).

Tal como se vio en la estimación de horas, presentada en el punto anterior, es importante transparentar que, frecuentemente, la atención domiciliaria supone un(a) cuidador(a) no remunerado(a), que se haga cargo de las necesidades de la persona mayor. No obstante, existe amplia evidencia sobre los efectos negativos que tiene el cuidado en las personas cuidadoras no remuneradas. La prestación de cuidados, sobre todo en el caso de dependencia severa, se puede traducir en una menor participación en el mercado laboral remunerado, un mayor riesgo de pobreza y una mayor prevalencia de problemas de salud mental y física entre los(as) cuidadores(as) familiares. Por ejemplo, las personas cuidadoras tienen, en promedio, un 20% de mayor prevalencia de problemas de salud mental en comparación con personas que no realizan este tipo de tareas; llegando incluso a ser un 70% u 80% mayor en Australia, Estados Unidos y Corea del Sur (Galkutė & Miranda, 2022; Matus López, 2015).

Para hacerse cargo de estas posibles implicancias, la mayoría de los países han diseñado diversos tipos de servicios o prestaciones centrados en apoyar a quien brinda el cuidado. Entre ellos se encuentran (Huenchuan, 2014):

- i. Beneficios para mejorar la **compatibilidad** entre el trabajo remunerado y las labores de cuidado no remunerado. Estos incluyen beneficios tales como el permiso laboral extraordinario (remunerado o no remunerado), horario flexible (media jornada de trabajo) y el fuero laboral (protección frente a posibles despidos).
- ii. Servicios para mejorar el **bienestar físico y mental** de las cuidadoras. Estos contemplan acciones destinadas a

favorecer el respiro del cuidador o cuidadora, la información y coordinación de servicios, la consejería y capacitación y la disponibilidad de infraestructura y tecnología adecuada.

Entre estas alternativas, se describirán los **servicios de respiro** que son ampliamente utilizados a nivel internacional. Su objetivo es entregar un apoyo de corto plazo a cuidadores(as) familiares, para que puedan tomar un descanso de sus rutinas de cuidados. En algunos países, como Alemania, Dinamarca, Finlandia y Países Bajos estos son otorgados en forma directa, como estadías temporales en instituciones, acceso a centros de día, o periodos breves de atención domiciliaria por parte de un(a) trabajador(a) remunerado(a) en momentos puntuales, como en caso de vacaciones o enfermedad del cuidador o la cuidadora. Por ejemplo, en Alemania y Austria, se garantizan cuatro semanas de respiro al año. En otros países, como Francia, se entregan principalmente en forma de transferencias monetarias para comprar estos servicios de respiro en forma privada (Aranco, 2019; Colombo et al., 2011).

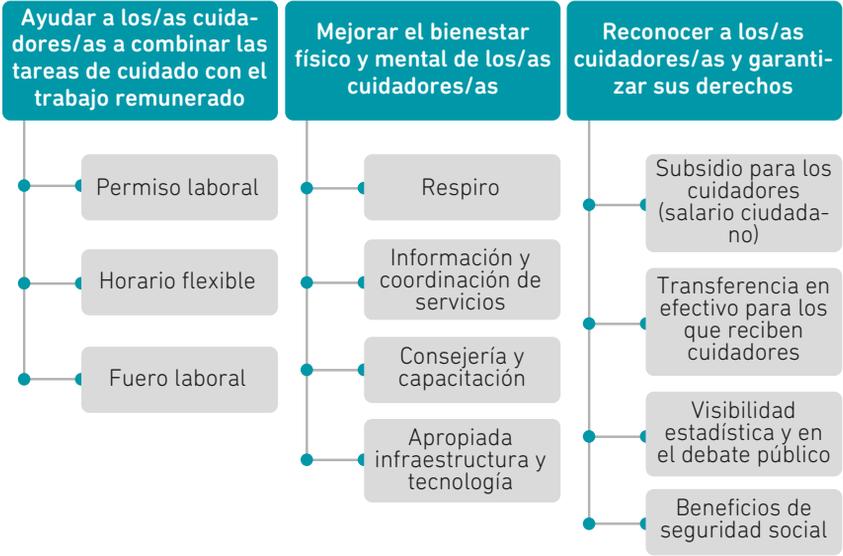
Sin estos servicios de respiro, los(as) cuidadores(as) pueden enfrentar graves riesgos sociales y de salud debido al estrés asociado con el cuidado continuo, y carecer de tiempo para el ocio o sentirse aislados. Los(as) cuidadores(as) a menudo son reacios a tomar esos descansos debido a la incertidumbre sobre la calidad del cuidado de respiro y las dificultades financieras de costearlos de manera privada. Por lo tanto, son importantes las políticas que garanticen el acceso a los servicios de respiro (Colombo et al., 2011).

Vale la pena mencionar el caso de Escocia, donde el nivel de desgaste de los(as) cuidadores(as) familiares es evaluado mediante un mecanismo formal, calificándolo como crítico, sustancial, moderado, o bajo. Aquellos con desgaste crítico o sustancial tienen derecho a recibir servicios de respiro, pudiendo elegir entre transferencias monetarias o servicios directos de cuidado (Aranco, 2019).

iii. Medidas para **reconocer a las personas cuidadoras** y garantizar sus derechos. Esto puede incluir, por ejemplo, entregar una transferencia monetaria a los(as) cuidadores(as) (condicionada o no condicionada), y asegurar el acceso a los beneficios de la seguridad social y la salud. Además, se deben considerar iniciativas para instalar el cuidado en el debate público.

En la figura 5.6, se presenta un resumen de estos servicios para apoyar a los(as) cuidadores(as) de persona mayores con algún nivel de dependencia.

Figura 5.6: Servicios y prestaciones centrados en quien cuida



Fuente: (Huenchuan, 2014, p. 164)

Es importante que los países consideren este tipo de políticas de apoyo a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as) dentro del sistema de CLD, porque podría tener -al menos- tres implicancias positivas (Colombo et al., 2011):

- Para la persona mayor significa que podría cumplir su voluntad de permanecer en su hogar recibiendo cuidado de parte de sus familiares y/o amigos(as). Además, podría ayudar a la calidad de servicios de cuidado entregados a la persona mayor de manera no remunerada.
- Para los(as) cuidadores(as) podría traducirse en una mitigación de las consecuencias económicas, sanitarias y sociales que el cuidado conlleva. Además, permitiría a los(as) cuidadores(as) contar con mayores herramientas y conocimientos para ejercer sus labores de cuidado.
- Algunos sostienen que estas medidas aportan a dar una mayor sostenibilidad de los sistemas de CLD. Debido a los altos costos, ningún

sistema de cuidados puede cubrir completamente todas las necesidades de cuidados de larga duración a través de los servicios formales y profesionales (OMS, 2008). Esto es especialmente relevante en el caso de los sistemas rudimentarios de protección social, en los cuales el rango de medidas posibles está parcialmente limitado por las circunstancias económicas de los países. En el corto plazo, estos podrían centrarse en el apoyo a los cuidados no remunerados, ya que los sistemas dependen en gran medida de ellos (Lehmann & Havlíková, 2015).

Si bien es relevante que los sistemas de CLD consideren servicios de apoyo a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as), es fundamental recordar que la mayoría de los países está adoptando medidas para disminuir la carga de los cuidados informales y aumentar la oferta de servicios públicos de atención domiciliaria. Esto se sostiene en diversos argumentos: primero, porque en el mediano y largo plazo no existirán mujeres disponibles para realizar estas labores, tanto por su mayor participación en el mercado laboral y por el cambio de la composición de las familias. Segundo, por los efectos negativos que tiene en la salud física y mental de las mujeres. En tercer lugar, porque debido al proceso de transición demográfica, cada vez van a existir más personas mayores con requerimientos más complejos y que necesitan servicios especializadas de atención (Cafagna et al., 2019; Matus Lopez 2015). En cuarto lugar, debido, entre otros, a la disminución de la fecundidad y el aumento de los divorcios, muchas personas mayores carecen de una red familiar cercana que pueda apoyarles en la realización de sus actividades cotidianas. Por ejemplo, la proporción de personas mayores con más de 80 años que viven solas es significativa en América Latina, superando el 25% en Argentina, Uruguay, Bahamas, Jamaica y Barbados (Cafagna et al., 2019).

5.2.3 Evaluaciones de programas de atención domiciliaria

Existe escasa evidencia y con resultados mixtos respecto a la efectividad que tendrían los programas de atención domiciliaria en comparación con otras alternativas de CLD. Algunas evaluaciones argumentan que los cuidados domiciliarios tienen resultados positivos cuando se los compara con la alternativa de envejecer en casa sin ningún apoyo al cuidado. En cambio, otros estudios muestran resultados no concluyentes cuando se compara a los cuidados domiciliarios con la institucionalización de las personas mayores (Aranco & Ibararán, 2020; Boland et al., 2017; Forder et al., 2018). Asimismo, tampoco está claro que los cuidados domiciliarios disminuyan las hospitalizaciones de las personas mayores (Forder et al., 2018). Sin embargo, la mayoría de los estudios presentan limitaciones metodológicas

porque no controlan por nivel de dependencia y grupo socioeconómico, lo que podría explicar que los resultados no sean concluyentes respecto a la efectividad de los programas de atención domiciliaria.

Las evaluaciones de programa muestran que los servicios de atención domiciliaria registran menos situaciones de violencia hacia las personas mayores, que tienden a ser más prevalentes en residencias. Una revisión sistemática de literatura internacional sostiene que un 64,2% del equipo de residencias reconoció haber maltratado a las personas mayores en el último año; de estos, 33,4% fue maltrato psicológico, 14,1% maltrato físico, 13,8% maltrato económico, 11,6% negligencia y 1,9% abuso sexual (Yon et al., 2019). Sin embargo, existen estudios que también constatan otras formas de violencia en los servicios de atención domiciliaria, como mayores niveles de soledad, aislamiento y negligencia de las personas mayores en sus hogares, al no contar con los servicios adecuados para vivir con dignidad y autonomía (Callaghan & Towers, 2014).

Otros estudios señalan que los servicios de atención domiciliaria serían más costo-efectivos, en comparación con los servicios residenciales, que tienden a ser más caros, porque representan un mayor gasto en infraestructura, mantenimiento, alimentación y contratación de servicios profesionales especializados 24/7 (OMS, 2008). No obstante, este argumento de mayor costo-eficiencia de la atención domiciliaria es cuestionado en otras investigaciones, sobre todo en aquellos casos en los que la persona mayor necesita un apoyo intensivo, continuo y especializado, como en el caso de la dependencia severa (Bakx et al., 2020; Colombo et al., 2011; Matus López, 2015; Muir, 2017). En estos casos, las residencias permitirían entregar prestaciones de alta especialización en un solo lugar, evitando las admisiones en hospitalización y, de este modo, ahorrar recursos en el servicio de salud (Bakx et al., 2020).

Igualmente, la atención domiciliaria puede ser una opción más costosa que la residencial en contextos en que la vivienda de la persona mayor no está en condiciones adecuadas o no existe una red de apoyo complementaria (Aranco & Ibararán, 2020). Otro factor a considerar son los mayores costos en traslado en la atención domiciliaria, particularmente cuando las personas mayores viven en zonas rurales o lugares alejados de los servicios comunitarios (Bakx et al., 2020; Colombo et al., 2011; Muir, 2017).

Por lo tanto, no existe consenso sobre la eficacia de la atención domiciliaria. Para que esta premisa se cumpla, se requiere de múltiples factores, como atención socio-sanitaria eficaz, vivienda y entorno adecuado; de lo contrario, la atención domiciliaria podría incluso empeorar la vida de las personas dependientes y de los familiares a cargo de su cuidado: "Los servicios en el

domicilio no son efectivos per se, sino que están condicionados por la intensidad y calidad de la atención prestada. Por ello, deben contar con presupuesto suficiente y basarse en personal cualificado para los servicios prestados, lo que no necesariamente es más barato” (Matus López, 2015, p. 494).

Recuadro 5.3: Soledad en las personas mayores

La OMS declara la soledad como problema urgente para las personas mayores (OMS, 2023c). La soledad se refiere a la falta o insuficiencia de relaciones importantes en la vida de la persona. La aislación social puede aumentar la soledad de las personas, pero no es lo mismo, ya que un contacto en sí no impide sentirse solo, por ejemplo, cuando los contactos son conflictivos (Carrasco et al., 2021).

Diversos estudios muestran que la soledad, sobre todo si es prolongada, tiene múltiples consecuencias negativas. La más estudiada es el efecto en la salud mental y cognitiva de las personas, asociada con la depresión, angustia, enfermedades cognitivas como demencia o alzheimer (Ellwardt et al., 2015; Fratiglioni et al., 2000; Heikkinen & Kauppinen, 2004). Los estudios no siempre logran determinar claramente la dirección de la causalidad, es decir, si la soledad causa depresión o si la depresión promueve la soledad; independiente de eso, algunos resultados muestran que una red social activa y funcional puede ayudar a mitigar los problemas de salud mental y cognitivos asociados a la soledad (Cacioppo et al., 2006; Kelly et al., 2017).

La soledad también se relaciona con problemas de salud física, como por ejemplo problemas cardiovasculares, hipertensión o deterioro de habilidades motoras. Estos pueden significar una baja en la funcionalidad de las personas mayores que afecta también las actividades de la vida diaria y con eso aumenta el riesgo a la dependencia (Buchman et al., 2010; Perissinotto et al., 2012).

Por último, la soledad puede fortalecer comportamientos que son dañinos para la salud de las personas mayores como fumar, consumo excesivo de alcohol, malnutrición, falta de ejercicios, entre otros (Crewdson, 2016).

Si bien la soledad es más prevalente aun en aquellas personas mayores que viven solas, vivir junto con familiares solo protege frente a la soledad cuando no existen conflictos familiares o problemas de salud mental (Carrasco et al., 2021).

Algunas medidas para aliviar la soledad en las personas mayores:

- Entregar apoyo social de forma personal, por ejemplo, a través de visitas domiciliarias o juntas en espacios públicos, o virtual,

por ejemplo, a través de llamadas telefónicas, video conferencias, entre otros (Masi et al., 2011). Un estudio de Estados Unidos da cuenta del efecto positivo que tuvieron las llamadas telefónicas durante la pandemia del Covid-19 realizados por un programa de atención domiciliaria a través de un equipo rápidamente formado en técnicas de conversación empática (Kahlon et al., 2021).

- Aumentar las oportunidades para encuentros sociales, como por ejemplo, habilitar espacios de socialización en grupos pequeños donde las personas mayores se puedan juntar y compartir; ofrecer diversas actividades para las personas mayores (jardinería, paseos/ vacaciones, talleres de computación, etc.) (Gardiner et al., 2018).
- Fomentar las habilidades sociales de las personas mayores, como mejorar las habilidades de conversación social, en persona y por teléfono, y la comunicación no verbal, entre otros (Masi et al., 2011).
- Promover las habilidades tecnológicas de las personas mayores, sobre todo respecto al uso de celular e internet (Conroy et al., 2020; Masi et al., 2011).

5.2.4 Monitoreo de la calidad de los servicios de atención domiciliaria

Garantizar la calidad de los servicios de atención domiciliaria es un proceso complejo, que contempla múltiples factores y dimensiones (Bos et al., 2007). En esta sección, se presentarán algunos de los procesos más relevantes que, según señala la literatura internacional, serían determinantes en la calidad de este tipo de dispositivos.

La experiencia internacional destaca las dificultades inherentes a la evaluación de la calidad de los servicios de atención en el domicilio para las personas mayores con dependencia. Algunos de los problemas se vinculan con la enorme dispersión territorial en la que se realizan las prestaciones, así como los múltiples actores intervinientes: personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, servicios sociales y clínicos, programas locales y nacionales, entre otros. Estos actores tienen diversas cualificaciones; con prácticas más o menos estandarizadas, en que coexisten diferentes formas de prestación de cuidado (Gascón & Redondo, 2014; OCDE & Unión Europea, 2013).

Otro reto metodológico en la medición de resultados positivos o cambios significativos atribuibles a la atención domiciliaria es que la dependencia tiende a aumentar con la edad, por lo que el principal objetivo de estos servicios no es tanto mejorar el estado de salud general, sino ayudar a las

personas dependientes a mantener su estado actual y, en la medida de lo posible, reducir la dependencia (OCDE & Unión Europea, 2013). Otra dificultad es que los apoyos y cuidados son un servicio continuo, lo que complejiza la elección de un punto de partida y un punto final para la medición (OCDE & Unión Europea, 2013). Por otra parte, la adecuada evaluación de la calidad, incluyendo entrevistas a las personas mayores y sus familiares, puede elevar los costos de este tipo de servicios (Gascón & Redondo, 2014).

Hasta el momento, en América Latina y el Caribe no se han diseñado sistemas de evaluación de calidad de los servicios en domicilio para personas mayores con dependencia. Es necesario subrayar que tampoco se han implementado este tipo de servicios públicos de cuidado formal, salvo escasas excepciones, como Uruguay, Chile y Costa Rica, con servicios domiciliarios aún de baja cobertura nacional, que, en muchos casos, tienen evaluaciones que principalmente se centran en el auto-reporte de satisfacción de los participantes y cuidadores(as), y menos en resultados finales con indicadores estandarizados. Si bien las evaluaciones de auto-reporte son instrumentos valiosos que dan indicios sobre la calidad del servicio entregado, sería ideal complementarlas con indicadores estandarizados reportados por terceros, como por ejemplo, por trabajadores(as) o evaluadores externos.

Por este motivo, algunos estudios proponen desarrollar experiencias piloto de centralización de prestaciones de atención domiciliaria en un territorio, de modo de evitar la fragmentación de los servicios cuya supervisión resulta prácticamente imposible. Un caso de estudio interesante para América Latina es la experiencia de Ecuador, donde el centro de día centraliza las prestaciones en la comunidad, incluyendo la atención en el domicilio. Es decir, desde el centro diurno son enviados los asistentes y profesionales a los domicilios de su radio de influencia, según requiera cada caso. En este modelo prestacional, el centro de día es el encargado de reunir la información y monitorear el desempeño de los(as) trabajadores(as) en los domicilios y los resultados de la intervención en la persona mayor (Gascón & Redondo, 2014).

Es crucial contar con instrumentos estandarizados para medir la calidad de los servicios domiciliarios y generar datos que sean comparables. A nivel internacional, se utilizan diversos instrumentos que evalúan el nivel de satisfacción de las necesidades de las personas mayores.

En la mayoría de los países de la OCDE se utiliza el InterRAI, que evalúa diversas dimensiones de la calidad de atención; como asuntos médicos (por ejemplo, caídas y desnutrición), desempeño funcional (realización de actividad física y adaptación de la vivienda), habilidades cognitivas y salud mental (estado de ánimo y delirio), y vida social (participación en actividades sociales) (ver en la figura 5.7 para más detalle).

Figura 5.7: Monitoreo de necesidades de atención

Asuntos médicos	Desempeño funcional
Caídas	Realización de actividades físicas
Dolor	Actividades instrumentales de la vida diaria
Úlcera por presión (Escaras)	Actividades básicas de la vida diaria
Condiciones cardiorrespiratorias	Adaptación del entorno doméstico
Desnutrición	Riesgo institucional
Deshidratación	Restricciones físicas
Sonda de alimentación	Habilidades cognitivas y salud mental
Prevención	Pérdida cognitiva
Medicación adecuada	Delirio
Consumo de tabaco y alcohol	Comunicación
Incontinencia urinaria	Estado de ánimo
Afecciones intestinales	Comportamiento
	Relación abusiva

Vida social

Actividades sociales
 Apoyo informal
 Relaciones sociales

Fuente: (OCDE & Unión Europea, 2013)

A continuación, se entregan otros ejemplos de instrumentos que permiten evaluar la calidad de la atención domiciliaria y levantar alertas sobre temas críticos para el bienestar de la persona mayor; como por ejemplo: comidas inadecuadas, caídas, pérdida de peso, deshidratación, falta de vacunación, entre otros (ver figuras 5.8 y 5.9).

Figura 5.8: Ejemplos de indicadores de calidad de atención domiciliaria

Prevalencia calidad de atención domiciliaria	
Comidas inadecuadas	Delirio
Pérdida de peso	Estado de ánimo negativo / Desánimo
Deshidratación	Dolor cotidiano perturbador/intenso
Sin revisión de la medicación por parte de un médico	Control inadecuado del dolor
Negligencia o abuso	Cualquier lesión
Potencial de ADL/ rehabilitación y sin terapias	Falta de vacunación contra la gripe
Caídas	Aislamiento social con angustia
Falta de mejora/incidencia calidad de atención domiciliaria	
Incontinencia urinaria	Dificultad de movilidad dentro del hogar
Úlceras cutáneas	Función cognitiva
Deterioro de las AVD (actividades de la vida diaria)	Dificultad de comunicación

Fuente: (OCDE & Unión Europea, 2013)

Figura 5.9: Descripción de indicadores de calidad de atención domiciliaria

Ámbitos de la SCRQoL	Definición
Limpieza y comodidad personal	La persona atendida siente que está personalmente limpia y cómoda y que tiene un aspecto presentable o, en el mejor de los casos, está vestida y arreglada de una forma que refleja sus preferencias personales.
Seguridad	La persona atendida se siente segura y protegida. Esto significa no tener miedo a los malos tratos, a las caídas o a otros daños físicos, ni a ser atacada o ser víctima de un robo.
Control sobre la vida diaria	La persona atendida puede elegir qué hacer y cuándo hacerlo, teniendo control sobre su vida y actividades cotidianas.
Limpieza y comodidad del alojamiento	La persona atendida siente que el entorno de su hogar, incluidas todas las habitaciones, está limpio y es cómodo.
Alimentación y nutrición	La persona atendida siente que tiene una dieta nutritiva, variada y culturalmente apropiada con suficiente comida y bebida que disfruta a intervalos regulares y oportunos.
Ocupación	La persona atendida está suficientemente ocupada en una serie de actividades significativas, ya sea un empleo formal, un trabajo no remunerado, el cuidado de otras personas o actividades de ocio.
Participación e implicación social	La persona atendida está satisfecha con su situación social, entendiéndola por situación social el mantenimiento de relaciones significativas con amigos(as), familia y el hecho de sentirse involucrada o formar parte de una comunidad, si esto es importante para ella.
Dignidad	El impacto psicológico negativo y positivo del apoyo y los cuidados en el sentido personal de la persona atendida.

Fuente: (Callaghan & Towers, 2014)

Recuadro 5.4: Casos de estudio

A continuación, se presentarán brevemente los sistemas de cuidado de tres países seleccionados: Países Bajos que es uno de los primeros países en implementar un sistema nacional de cuidados; España que ha sido modelo de referencia para las políticas públicas de envejecimiento en varios países latinoamericanos; y Uruguay que es el primer país de la región con un sistema nacional de cuidados.

Países Bajos: El modelo pionero

El **sistema nacional de cuidados de larga duración** fue implementado en 1968 bajo la Ley de Cuidados de Larga Duración. Partió con un foco sanitario que se ha ido ampliando con el tiempo, incluyendo en la actualidad servicios sociales. Es un sistema integral y universal, financiado mayoritariamente por impuestos (Cafagna et al., 2019), que ofrece una amplia gama de servicios sociosanitarios a todos los(as) residentes del país que tienen algún grado de dependencia. Tiene una administración intersectorial, donde las municipalidades y el Ministerio de Salud tienen un rol fuerte (Joshua, 2017; Kroneman et al., 2016). Las reformas más recientes fortalecen la coordinación intersectorial y la atención domiciliaria. Al mismo tiempo, se realizaron algunos recortes y aumentos del copago para la población de un nivel socioeconómico más alto, para garantizar la viabilidad del sistema frente a un aumento en el envejecimiento de la sociedad (Joshua, 2017; Kroneman et al., 2016). Los servicios que se entregan son residencias (temporales y de larga estadía), centros diurnos y atención domiciliaria. El presupuesto nacional para servicios de CLD es de 4% del PIB (OCDE, 2021b, p. 269).

Respecto a la **atención domiciliaria**, para las personas con dependencia severa, que requieren cuidado permanente, se ofrece un servicio integral 24/7. Para todas las demás personas con algún grado de dependencia, se evalúa el tipo de servicio y su intensidad. En la actualidad se ofrece, por un lado, un servicio sociosanitario, entregado por enfermeras y asistentes sociales, que incluye atención en temas de salud (curación de heridas, ayuda con inyecciones,

supervisión y administración en la toma de medicamentos, etc.), apoyo en la participación social, apoyo en la organización de la vida y apoyo a la persona cuidadora no remunerada, entre otros. Por otro lado, existen los servicios de cuidado doméstico y apoyo social, los cuales son entregados por un equipo multidisciplinario, que no incluye atención sanitaria. Este ofrece apoyo en actividades instrumentales y en actividades de la vida diaria; apoyo en la participación social y en la organización de la vida; la entrega de insumos médicos (por ejemplo, silla de rueda); y servicios de mantenimiento y adaptación de la vivienda (Joshua, 2017; Kroneman et al., 2016; van Lier, 2021). Según datos de la OCDE, el año 2019, Países Bajo tuvo un total de 100.000 trabajadores(as) de atención domiciliaria y cerca de 370.000 personas recibieron atención en el domicilio, 250.000 de ellas eran personas mayores (OCDE, 2023).

España: El Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

El **Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia** (SAAD) se creó a inicios de 2007 con la “Ley de Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” (conocida como Ley de Dependencia). La entidad a cargo es el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, bajo el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Huete-García et al., 2021). Es un sistema universal que se dirige a las personas de todas las edades con algún nivel de dependencia que han residido en España durante los últimos cinco años. Los servicios que se entregan son programas de prevención de la dependencia, residencias (temporales y de larga duración), centros diurnos, teleasistencia, prestaciones económicas y atención domiciliaria (Acosta & Picasso, 2019; Huete-García et al., 2021; Setién Santamaría & Acosta González, 2010). Las prestaciones económicas pueden ser utilizadas para financiar el cuidado informal, donde se transfiere dinero a un(a) cuidador(a) familiar que vive con la persona mayor, siempre que se den las condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda; o para comprar cuidado formal, cuando se contrata a un(a) cuidador(a) reconocido(a) por el Estado, durante un número determinado de horas para facilitar más autonomía en el ejercicio de las actividades de la vida diaria (Huete-García et al.,

2021). El servicio más prevalente ha sido la transferencia monetaria para el cuidado y apoyo informal, contrariando el espíritu inicial de la ley de dependencia que era fortalecer el trabajo formal de cuidado (Huete-García et al., 2021; Minguela & Muyor, 2019). Además, existe libertad de gasto y no se registra el volumen de contratación, lo cual, por un lado, da autonomía y libertad de elección, pero, por otro lado, se corre el riesgo de mal uso de los recursos (Matus Lopez 2015).

En abril del 2022, el SAAD entregó servicio a 1.238.399 personas; de las cuales 73% tenían 65 años o más y 53% tenían 80 años o más (SAAD, 2022). El sistema se financia mayoritariamente a través de impuestos generales (60%), además de contribuciones obligatorias (10%) y copago (30%) (Cafagna et al., 2019). El costo fiscal es de 1% del PIB, aproximadamente (OCDE, 2021b, p. 269).

Los **servicios de atención domiciliaria** incluyen los cuidados personales y el apoyo en las necesidades domésticas. Su frecuencia varía según grado de dependencia: un máximo de 20 horas mensuales para personas con dependencia leve, hasta 45 horas para personas con dependencia moderada y hasta 70 horas mensuales para personas con dependencia severa (Rodríguez et al., 2022).

Uruguay: El Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay (SNIC)

El SNIC se implementó en 2015, como primer sistema nacional de CLD en América Latina, basándose en el modelo español. Su normativa está en la ley de Promoción Integral de los Adultos Mayores (aprobada en 2004) y la ley que crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor (promulgada en 2009). Inicialmente, se enfocó en niños y niñas menores de 12 años, con el tiempo se amplió a toda la población con algún nivel de dependencia o discapacidad y sus personas cuidadoras (Matus-López & Terra, 2021; Sistema Cuidados Uruguay, 2020). El SNIC se financia principalmente a través de impuestos generales, existiendo además un copago de los usuarios que depende del ingreso de su hogar. En 2017, el presupuesto era de USD 26,5 millones, lo que equivale al 0,04% del PIB (Cafagna et al., 2019). Estimaciones muestran que, si estuviera completamente implementado con una cobertura del 60%, el SNIC tendría un costo del 0,17% del PIB (Matus López, 2017). En la actualidad, el SNIC está con problemas de financiamiento, lo que hace difícil la ampliación de

los servicios (Picasso & Perrotta, 2023).

El SNIC ofrece una amplia gama de servicios, cuyo acceso depende de la edad de las personas: atención domiciliaria (a partir de los 80 años), teleasistencia (a partir de los 70 años), centros de día (a partir de los 65 años), iniciativas locales de cuidado, centros de larga estadía y formación de las personas cuidadoras (Acosta & Picasso, 2019; Aranco & Sorio, 2019; Sistema Cuidados Uruguay, 2020).

Respecto a la **atención domiciliaria**, este es el servicio más importante del SNIC y tiene un presupuesto per cápita de USD 6.814 mensuales (Matus López, 2017). Se dirige a mayores de 80 años con dependencia severa y es un servicio indirecto por parte del Estado. Este paga un subsidio para que la persona con dependencia contrate a un(a) asistente personal para la atención domiciliaria, con un total de 80 horas mensuales. El(la) asistente personal debe tener un certificado laboral acreditado por el SNIC y estar inscrito(a) en el registro de asistentes personales del sistema de cuidados. Además, no puede ser familiar de la persona con dependencia, lo que va en línea con el enfoque de profesionalización del cuidado que tiene el SNIC. El monto del subsidio depende del ingreso del hogar y tiene un tope de USD 530 mensuales. Al mismo tiempo, existe un copago progresivo para las personas cuyo ingreso familiar supera USD 343 (Matus-López & Terra, 2021). Las tareas del asistente personal consisten en la asistencia y el acompañamiento en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales y avanzadas). Las horas no cubiertas por el(la) asistente personal, cubrirá un(a) cuidador(a) familiar en caso de ser necesario. Adicionalmente, la persona puede recibir servicios y prestaciones complementarios de otros ámbitos, como del área de salud o vivienda.

5.3 SÍNTESIS

Este capítulo revisa la literatura y la experiencia internacional en el diseño y la implementación de sistemas CLD para las personas mayores con algún nivel de dependencia, enfocándose particularmente en la atención domiciliaria.

En resumen, la evidencia internacional muestra que en la mayoría de los países de la OCDE existe una tendencia hacia:

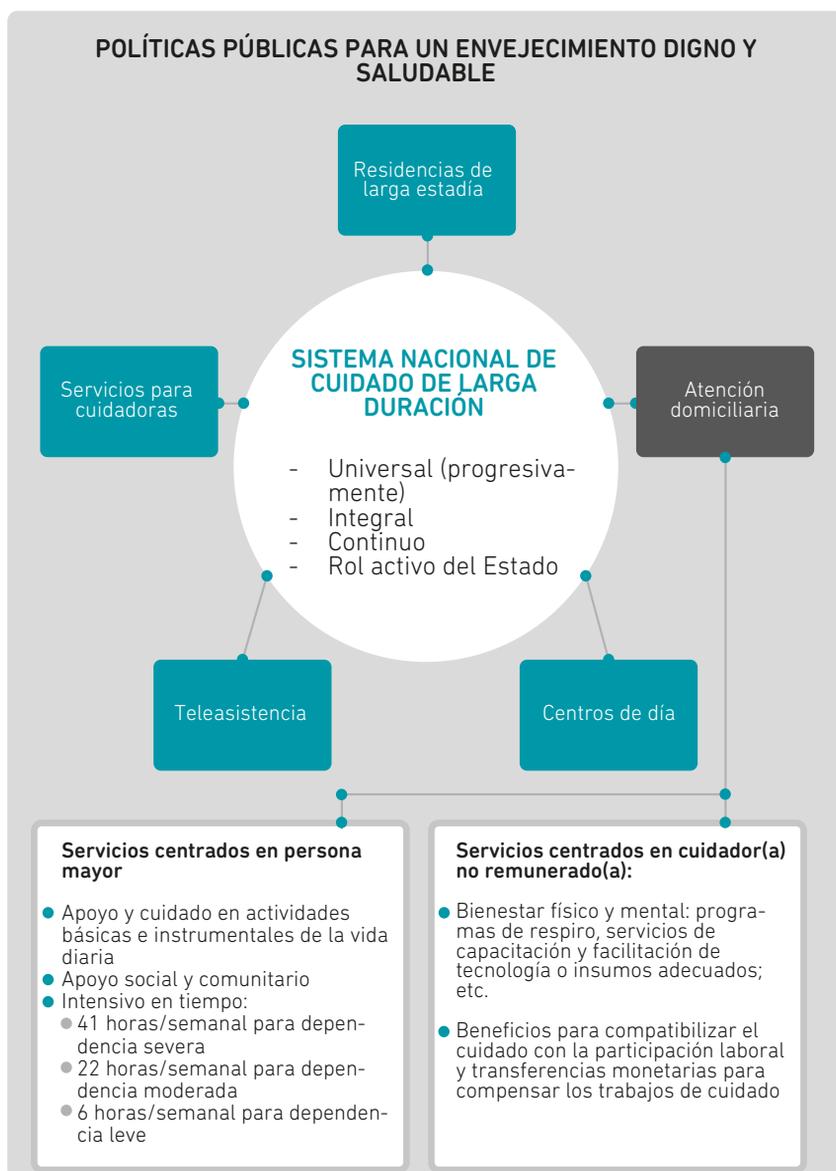
- **Urgencia en la creación de sistemas de CLD:** Existe consenso en la literatura que es urgente que los países implementen un sistema nacional de (CLD), debido al acelerado ritmo del envejecimiento, el aumento de demanda de cuidado y la disminución de la oferta de cuidado no remunerado.
- **La universalización de los servicios de CLD:** El cuidado y apoyo es derecho consagrado en los distintos tratados nacionales y en las legislaciones nacionales de muchos países de la OCDE, lo que significa que los Estados deben asegurar que todas las personas mayores, con dependencia y que lo requieran, tengan acceso a cuidado con el mismo nivel de calidad. Esto se fundamenta, entre otras razones, por el elevado costo de los servicios de cuidado y apoyo a la dependencia, por lo que de no contar con una participación del Estado, se corre el riesgo de empobrecer a un porcentaje importante de la población. La universalidad puede desplegarse de manera gradual y progresiva en aquellos países de menores recursos económicos.
- **Desfamiliarización y corresponsabilidad social del cuidado:** A nivel internacional se recomienda avanzar hacia la formalización del cuidado, a través de trabajadores(as) remunerados(as), adecuadamente formados(as) y certificados(as); reconociendo que no es sostenible que el sistema de CLD se base en el cuidado familiar no remunerado.
- **Integración y continuidad de los servicios:** Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales, por lo que es fundamental que los servicios de CLD sean integrados y continuos. Es especialmente importante la coordinación entre los servicios sociales y de salud, tanto a nivel central como local.
- **Sostenibilidad económica de los sistemas de CLD:** En el contexto de crisis de los cuidados, es crucial asegurar que el sistema de financiamiento sea sostenible en el tiempo. La mayoría de los países de la OCDE utiliza una combinación de impuestos generales, contribuciones obligatorias específicas para los CLD y copago de las personas según su situación económica.
- **Normativa nacional que regule el sistema CLD:** La mayoría de los países de la OCDE ha avanzado en la creación de una legislación nacional que garantice los servicios del sistema de CLD.

Respecto a la **atención domiciliaria**, la evidencia internacional sostiene que:

- **Priorización de la atención domiciliaria a nivel mundial:** Existe una tendencia mundial a promover la atención domiciliaria dentro de los sistemas de CLD. Esto se explica por, entre otros, la preferencia y el derecho de las personas mayores a envejecer en sus hogares y en su entorno; la posible disminución de costos en comparación con los servicios residenciales; los potenciales efectos positivos en la calidad de vida y autonomía de las personas mayores.
- **Dos tipos de servicios de atención domiciliaria:** Existen dos modalidades de atención domiciliaria. En primer lugar, están los servicios centrados en la persona mayor, que son provistos por trabajadores(as) remunerados(as) y tienen un foco en el apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Adicionalmente, existen los apoyos sociales como complemento de los servicios de cuidado. La cantidad de horas y tipos de prestaciones entregadas varían según el nivel de dependencia de la persona mayor. En segundo lugar, están los servicios centrados en las personas cuidadoras no remuneradas, principalmente mujeres miembros de la familia de la persona mayor. A pesar de la aspiración de priorizar la formalización del cuidado, aún existe una gran participación de las mujeres en labores de cuidado no remunerado. Para evitar su sobrecarga, los países ofrecen prestaciones como: servicios de respiro, transferencias monetarias, beneficios para compatibilizar el apoyo y cuidado con el trabajo remunerado, entre otros.
- **Evaluación y monitoreo de la atención domiciliaria:** Para que la atención domiciliaria tenga efectos positivos en las personas mayores es fundamental considerar la calidad de los servicios entregados en el domicilio, junto con otros factores como: la idoneidad de la vivienda, la calidad de los servicios comunitarios del barrio en que vive la persona mayor, la complementariedad de los servicios de salud, entre otros.

En conclusión, los Estados deben asumir la responsabilidad general de la administración y financiamiento de los sistemas de CLD, cuyos servicios deben ser asequibles y accesibles a todas las personas mayores con dependencia. Dentro de ellos, los servicios de atención domiciliaria de las personas mayores deben ser considerados parte primordial de los sistemas de CLD. Para que las personas tengan una mayor probabilidad de tener una vejez digna y saludable, se debe asegurar que puedan “envejecer en el lugar”, viviendo en su domicilio, dentro de su entorno y comunidad, con servicios de atención oportunos y de calidad.

Figura 5.10: Síntesis de evidencia internacional sobre la atención domiciliar como parte del sistema de CLD, dentro de políticas públicas de envejecimiento



Fuente: elaboración propia en base a los hallazgos del capítulo 5.





**RECOMENDACIONES PARA UN
SISTEMA DE CLD EN CHILE:
UNA MIRADA PARTICULAR A
LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE
PERSONAS MAYORES**

06

El siguiente capítulo presenta recomendaciones de política pública para mejorar la calidad de los servicios de atención domiciliaria de las personas mayores con algún tipo de dependencia en Chile.

A continuación, se explicarán los diferentes pasos para llegar al set de recomendaciones consensuadas: la definición de las recomendaciones y sus distintos ámbitos (6.1); la composición del panel de expertos(as) (6.2); los resultados de la evaluación cuantitativa de las recomendaciones (6.3); un análisis de contenido de las observaciones cualitativas del grupo de expertos(as) (6.4); y, una síntesis del capítulo (6.5). En todo este proceso, se utilizó una adaptación de la metodología de evaluación y consenso de las recomendaciones: RAND/UCLA Appropriateness Method (ver recuadro 6.1).

6.1 DEFINICIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

En total se definieron 54 recomendaciones para mejorar la atención domiciliaria de personas con dependencia en Chile, basadas en los resultados de la investigación presentados en los capítulos anteriores, que integran la revisión de literatura nacional e internacional, el levantamiento de información cualitativa mediante entrevistas a personas mayores y sus cuidadoras, y, por último, un análisis cuantitativo de la realidad de las personas mayores con necesidades de apoyo y cuidado en Chile. Las recomendaciones se dividen en tres ámbitos: (1) políticas públicas de envejecimiento, (2) sistema de cuidados de larga duración (CLD), (3) servicios y prestaciones de atención domiciliaria.

El primer ámbito tiene como propósito entregar recomendaciones para el contexto de **políticas públicas de envejecimiento** en el país, en términos de normativa e institucionalidad que garanticen un envejecimiento digno y saludable, asegurando condiciones mínimas o estructurales para la implementación de servicios de atención domiciliaria.

El segundo ámbito entrega recomendaciones para la creación de un **sistema de CLD** en Chile, teniendo en cuenta la creciente crisis de cuidados de personas mayores a nivel global; escenario particularmente problemático para la población en situación de pobreza y vulnerabilidad en América Latina. Como se señaló anteriormente, este fenómeno se explica por el cambio sociodemográfico, caracterizado por el alza en la esperanza de vida, la disminución en la natalidad y el aumento de la participación laboral femenina; lo que se traduce en un aumento de la demanda de cuidado y

apoyo de las personas mayores y una merma en la oferta de cuidadoras. Dado lo anterior, la creación de un sistema de CLD es un desafío urgente para el país, que asegure soluciones robustas, multidimensionales, articuladas y dinámicas a las necesidades de las personas mayores con dependencia. Esto es costoso, pero no crearlo significaría, en el mediano y largo plazo, aún un mayor gasto para las sociedades. Por ejemplo, una persona mayor que no recibe cuidados oportunos tiene mayor probabilidad de desarrollar enfermedades severas o requerir hospitalización, lo que significa un mayor gasto fiscal y podría traducirse en un colapso del sistema de salud. Si el Estado no se hace cargo, las familias de ingresos medios y bajos no podrían costear estos servicios y aumentaría su riesgo de caer en pobreza.

El tercer ámbito de recomendaciones profundiza en la relevancia de contar con **servicios y prestaciones de atención en el domicilio** de las personas mayores con diversos grados de dependencia, dentro de un sistema continuo de CLD. Como se ha evidenciado anteriormente, la tendencia mundial es que las personas mayores prefieran quedarse en sus hogares durante el mayor tiempo posible, por lo que es indispensable pensar en estrategias para garantizar servicios a domicilio que sean oportunos y de calidad, adaptándose a las necesidades y requerimientos de las personas mayores. Las recomendaciones que se presentarán a continuación se centran en mejorar los estándares de calidad de los servicios de cuidado y apoyo en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de las personas mayores; bajo el supuesto de que existe un conjunto de servicios sanitarios a domicilio desde el sistema de salud que no forman parte del objetivo de este estudio.

6.2 COMPOSICIÓN DEL PANEL DE EXPERTAS Y EXPERTOS

Para la evaluación de las recomendaciones se conformó un grupo de expertos y expertas con distintas perspectivas y experiencia profesional sobre envejecimiento y dependencia. En total participaron 46 personas, pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil, entidades gubernamentales, organismos internacionales y representantes de la academia (ver figura 6.1).

Como se explicará a continuación, los expertos(as) participaron en dos fases de evaluación. La primera se llevó a cabo entre el 3 y el 17 de octubre de 2022 y la segunda fase los días 23, 24 y 25 de noviembre de 2022.

Figura 6.1: Expertas y expertos participantes en la primera y segunda fase del RAM

Experta/o	Institución	Primera fase	Segunda fase
Carolina Marzán Pinto	Cámara de Diputados (Comisión de Personas Mayores y Discapacidad)	*	
Daniela González	CEPAL	*	Participó Juan Eduardo Faúndez en representación de CEPAL
Sergio Parra Bustamante	CONAPRAN	*	
Sofía Troncoso	Conecta Mayor	*	*
Nicolás Starck	Asesor Senado (Comisión de Personas Mayores y Discapacidad)	*	
Octavio Vergara	Ex-Director de Senama	*	*
Carolina Goic	Ex-Senadora	*	
Elaine Acosta	Florida Internat. University, Cuban Research Institute	*	
María Isabel Morgado	Fundación Cerro Navia Joven	*	*
Consuelo Moreno	Fundación Grandes	*	
Ximena Abogabir	Fundación Travesía 100	*	*
Claudia Ruiz	Hogar de Cristo	*	*
Fabiola Trigo	Hogar de Cristo	*	
Loreto Ramírez	Hogar de Cristo	*	

Experta/o	Institución	Primera fase	Segunda fase
Mauricio Zorondo	Hogar de Cristo	*	*
Paulina Andrés	Hogar de Cristo	*	*
Solange Veloso	Hogar de Cristo	*	
Viviana Carrasco	Hogar de Cristo	*	*
Anita Reinoso	Hogar de Cristo	*	*
Claudia Miranda	MICARE	*	
Gabriela Munita	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	*	*
Mónica Gamín	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	*	*
Vesna Madariaga	Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	*	
Carolina Lara	Ministerio de Salud	*	
Verónica Veliz	Ministerio de Salud	*	*
Nanet González	Ministerio de Salud	*	
Alejandra Valdés	Municipalidad Lo Barnechea	*	
Soledad González	Naciones Unidas	*	
Ignacio Cabib	Pont. Universidad Católica de Chile	*	*
Macarena Rojas	Pont. Universidad Católica de Chile	*	*
Sara Caro	Pont. Universidad Católica de Chile	*	*

Experta/o	Institución	Primera fase	Segunda fase
Rosita Kornfeld	Pont. Universidad Católica de Chile	*	*
Eduardo Valenzuela	Pont. Universidad Católica de Chile	*	
Verónica Baéza	Senama	*	*
Claudia Covarrubias	Senama	*	*
Gladys González	Senama	*	*
Juan Carlos Catalán	Senama	*	
Jennifer Lowick	Soc. de Geriatria y Gerontología de Chile	*	
Jorge Browne	Soc. de Geriatria y Gerontología de Chile	*	*
Gerardo Fasce	Soc. de Geriatria y Gerontología de Chile	*	
Florencia Picasso	Universidad a Distancia de Madrid	*	
Jessica Olate	Universidad Bernardo O'Higgins	*	
Marcelo Piña Morán	Universidad Católica del Maule	*	
Daniela Thumala	Universidad de Chile	*	
Mauricio Matus	Universidad Pablo de Olavide, Sevilla	*	*
Pablo Villalobos	Universidad de Santiago de Chile	*	*

Recuadro 6.1: Metodología de evaluación y consenso de las recomendaciones: RAND/UCLA Appropriateness Method

Se realizó una adaptación de la metodología RAM (RAND/UCLA Appropriateness Method) para evaluar y consensuar las recomendaciones con el panel de expertos(as) (Fitch et al., 2001). Este mecanismo es utilizado ampliamente a nivel internacional para llegar a consensos grupales respecto de la necesidad y adecuación de diversas recomendaciones. Este método ha sido aplicado por la fundación Hogar de Cristo en dos estudios anteriores de la serie Del Dicho al Derecho¹ e incluye dos fases: una encuesta en línea, donde los expertos califican la adecuación y necesidad de las recomendaciones, y un grupo de discusión, donde se tratan temas que no lograron consenso en la primera fase.

En la **primera fase** se les pidió a los(as) expertos(as) que calificaran las recomendaciones de acuerdo a su “adecuación” y “necesidad”, y se les entregó la opción de realizar observaciones abiertas. Esta etapa se realizó en octubre de 2022, ocupando la plataforma Encuesta Fácil², la que permite aplicar encuestas online ingresando la información a través de computadores y dispositivos móviles. En total, participaron 46 expertos(as) convocados(as) por el Hogar de Cristo.

Se les solicitó evaluar la adecuación de cada una de las recomendaciones, calificándolas en una escala de 1 a 9, considerando que “muy adecuado” significa que las consecuencias positivas de la implementación de la recomendación son significativamente mayores que las consecuencias negativas. Por el contrario, se define “no adecuado” cuando las consecuencias negativas son significativamente mayores que las consecuencias positivas. Una puntuación de 5 puede significar que las consecuencias positivas y negativas son aproximadamente iguales o que la persona evaluadora no puede hacer un juicio de la recomendación entregada.

En esta herramienta, la evaluación de la adecuación se realiza sin tomar en cuenta la variable de los costos monetarios. Aunque las consideraciones de costos son un factor importante al decidir si un servicio debiera ponerse a disposición de las personas atendidas, el método se centra en la pregunta inicial de si es adecuado o no, más allá de los costos relacionados.

En aquellos casos, donde una recomendación es evaluada con un puntaje superior a 5 respecto a su adecuación, se pide además, que los(as) expertos(as) calificaran su necesidad, evaluando si la recomendación se debe realizar en el corto, mediano o largo plazo.

Para el **análisis cuantitativo** de las respuestas, se siguieron las indicaciones del manual de Fitch et al. (2001). Según este instructivo, una recomendación es considerada como adecuada o necesaria cuando se cumplen dos requisitos:

1. La mediana de las calificaciones de los(as) expertos(as) para esa recomendación se encuentra en el tercio superior de la escala (7, 8, 9)
2. Existe un grado de acuerdo entre los(as) expertos(as): la dispersión de las respuestas (IPR) es menor que una medida que integra la simetría de esta dispersión (IPRAS): $IPR < IPRAS$

Las fórmulas de cálculo son:

$$IPR = P.70 - P.30$$

$$IPRAS = IPRr + (CFA * AI), \text{ donde } IPRr \text{ es } 2,35 \text{ y } CFA \text{ es } 1,5$$

$$\text{Por lo tanto, } IPRAS = 2,35 + (1,5 * AI)$$

$$AI = IPRCP - \text{Mediana de la distribución}$$

$$IPRCP = (P.70 - P.30)/2$$

Algunas definiciones (por sus siglas en inglés):

IPR: Rango Interpercentil

IPRAS: Rango Interpercentil Ajustado a la Simetría

IPRr: Rango Interpercentil cuando existe simetría perfecta

CFA: Factor de Corrección de Asimetría

AI: Índice de Asimetría

IPRCP: Punto Central de IPR

De este modo se considera que, si el IPR es menor que el IPRAS, hay acuerdo entre los expertos y la recomendación se califica como:

- Adecuada/ Necesaria inmediatamente (mediana de 7-9)
- Incierta/necesaria en mediano plazo (mediana de 4-6)
- Inadecuada/necesaria en un largo plazo (mediana de 1-3)

Por el contrario, si el IPR es mayor que el IPRAS, hay desacuerdo entre los(as) expertos(as) y la recomendación se califica como incierta, independientemente de la mediana de sus calificaciones.

Como último paso de la primera fase, se realizó un análisis cualitativo de contenido de las observaciones realizadas a las

recomendaciones, identificando aquellos temas que aparecieron con más frecuencia y énfasis.

La **segunda fase** corresponde a un grupo de discusión en el que se discuten aquellos puntos en los cuales no haya consenso. Se realizaron tres grupos de discusión de forma virtual, que tuvieron lugar en noviembre de 2022, en los cuales participaron 23 expertas y expertos (ver figura 6.1). En los grupos de discusión, se trataron los temas que fueron seleccionados en el análisis de contenido de las observaciones a las recomendaciones en la primera fase, priorizando los asuntos más recurrentes y con mayor relevancia para el objetivo del estudio. Posteriormente, se realizó otro análisis de contenido de las discusiones realizadas.

¹ "Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes", <https://www.hogardecristo.cl/wp-content/uploads/2021/12/DichoalDerecho2018.pdf> y "Modelo de calidad de escuelas de reingreso para Chile", <https://www.hogardecristo.cl/wp-content/uploads/2021/12/DelDichoalDerecho2019Digital.pdf>

² Véase más detalles en <https://www.encuestafacil.com/portada.aspx>

6.3 EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LAS RECOMENDACIONES

Tal como ya se explicó, mediante la metodología RAM de Fitch et al. (2001) se calificaron las opiniones de los(as) expertos(as). Los resultados indican que existe un amplio consenso respecto de la adecuación y la necesidad de las recomendaciones: las 54 recomendaciones fueron clasificadas como adecuadas, de las cuales 39 fueron catalogadas como necesarias inmediatamente.

A continuación, se presenta el listado de recomendaciones con los resultados de evaluación de cada una de ellas. En el anexo 2 y 3, se puede ver en detalle los promedios, medianas y dispersión de la calificación.

I. Recomendaciones a nivel de política pública

Política de envejecimiento

Recomendación	Adecuada	Necesaria
1 Debe existir un sistema de protección social que tenga garantías universales y responda adecuadamente a las diferentes necesidades en cada una de las etapas del ciclo vital; reconociendo a los grupos que requieren de especial protección, en particular a las personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad.	sí	inmediatamente
2 Las políticas públicas deben asegurar un envejecimiento digno, que garantice los derechos fundamentales establecidos en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, como independencia y autonomía; acceso a cuidados de largo plazo; participación e integración comunitaria; la igualdad y no discriminación; y los derechos sociales, económicos y culturales (salud, ingreso, trabajo, vivienda, bienestar, entre otros).	sí	inmediatamente
3 Se debe contar con leyes y normas nacionales que regulen y armonicen las políticas públicas de envejecimiento. Estas deben considerar, al menos: ley de envejecimiento digno y saludable; ley que cree la subsecretaría de personas mayores; ley que cree un sistema de supervigilancia o defensoría autónoma; ley que institucionalice el subsistema nacional de apoyo y cuidado dentro del sistema intersectorial de protección social.	sí	mediano plazo

4	<p>La subsecretaría de personas mayores, que debe depender del Ministerio de Desarrollo Social y del Ministerio de Salud, es responsable de entregar: una perspectiva de desarrollo a mediano y largo plazo; una asignación presupuestaria suficiente; una política o plan que articule el quehacer y entregue un orden operativo para hacer efectivas las garantías; la coordinación intersectorial, y la participación de las personas mayores.</p>	sí	mediano plazo
5	<p>Las políticas de envejecimiento deben establecer una coordinación intersectorial efectiva, entre los distintos ministerios y organismos locales competentes, asegurando una respuesta integral a las múltiples necesidades de las personas mayores. Esta debe considerar, al menos, al Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Trabajo, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, Ministerio de la Cultura, las Artes y el Patrimonio, Ministerio del Deporte, entre otros.</p>	sí	inmediatamente
6	<p>Las políticas públicas de envejecimiento deben adoptar, para su diseño, el enfoque de curso de vida, reconociendo las diferentes trayectorias de las personas mayores y la posible acumulación de daño en las etapas de su vida.</p>	sí	inmediatamente
7	<p>Se debe incorporar un enfoque de género en las políticas públicas de envejecimiento, para responder a la desigualdad en las trayectorias de hombres y mujeres; debido al mayor riesgo de pobreza y vulnerabilidad que enfrentan las mujeres mayores, además de la mayor carga en el cuidado y trabajo no remunerado.</p>	sí	inmediatamente

8	Se debe incorporar un enfoque de interculturalidad en las políticas públicas de envejecimiento, para responder a la diversidad cultural y al mayor riesgo de exclusión en personas indígenas y migrantes. Esta debe reconocer las características específicas de personas y grupos, desarrollando prácticas respetuosas de diferentes culturas y nacionalidades, libre de prejuicios y estigmas que profundicen la situación de desigualdad en las personas mayores y facilitando las relaciones interculturales en condiciones de horizontalidad.	sí	mediano plazo
9	Las políticas de envejecimiento deben atender las necesidades particulares de las personas mayores en zonas rurales, enfocándose en disminuir las brechas en educación formal, acceso a servicios básicos, transporte y conectividad, calidad de vivienda, y a otros bienes que faciliten su quehacer cotidiano.	sí	inmediatamente
Sistema de apoyo y cuidado de larga duración			
10	Es necesario ampliar la cobertura a nivel nacional y consolidar el sistema de apoyo y cuidado de larga duración de personas mayores, asegurando servicios de apoyo o cuidado en las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, a todas las personas mayores de 60 años con algún nivel de dependencia.	sí	inmediatamente
11	El Estado debe garantizar el financiamiento del sistema nacional de apoyo y cuidado de larga duración, como un pilar del sistema de protección social.	sí	inmediatamente

12	<p>El sistema debe considerar la diversidad territorial y cultural del país, reconociendo las características específicas de las zonas rurales y urbanas, la situación socioeconómica, la tasa de envejecimiento y necesidades locales; particularmente en la definición de presupuesto y diseño de la oferta de servicios y prestaciones.</p>	sí	mediano plazo
13	<p>Las políticas públicas deben valorar el cuidado de personas mayores, respetando los estándares del trabajo decente, el cual contempla: el reconocimiento (del valor del cuidado para la sociedad y su inclusión en las políticas de protección social); la reducción (de la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados); la redistribución (de las responsabilidades de cuidado entre las mujeres y los hombres y entre los hogares y el Estado); la recompensación (regular y poner en práctica condiciones de empleo decentes: niveles de remuneración adecuados, acceso a seguridad social, jornada laboral adecuada, etc.); y la representación (el diálogo social y la negociación colectiva de los(as) trabajadores(as) del cuidado).</p>	sí	mediano plazo
14	<p>Se debe garantizar servicios de apoyo y cuidado de larga duración, asegurando su calidad, integración, flexibilidad y alcance; contemplando centros diurnos, residencias de larga estadía, atención domiciliaria, viviendas con servicios de cuidados y apoyo, entre otros. Estos no deben ser excluyentes, es decir, una persona mayor podría recibir más de uno de estos servicios de manera simultánea y coordinada.</p>	sí	inmediatamente

15	<p>Es fundamental garantizar la oferta de prestaciones y servicios necesarios para las personas mayores con dependencia, articulada de forma oportuna y efectiva entre los distintos servicios sociales del sistema de cuidado, el intersector (distintos ministerios y organismos locales) y organizaciones de la sociedad civil; adaptándose a las diversas necesidades y requerimientos de las personas mayores.</p>	sí	inmediatamente
16	<p>Debe existir una oficina local del sistema de apoyo y cuidado de las personas mayores, a nivel comunal en todo el país, que tenga la potestad y las competencias para asegurar la calidad de los servicios y prestaciones, considerando tareas como: gestionar una respuesta oportuna a las necesidades de las personas mayores, monitorear la demanda y oferta de los distintos servicios intersectoriales en el territorio, mantener un sistema de registro formal para levantar alerta de necesidades no cubiertas; capacitar a los(as) trabajadores(as) del sistema, entre otros.</p>	sí	mediano plazo
17	<p>Las prestaciones y servicios del sistema de apoyo y cuidado de larga duración deben reconocer y ser diseñadas según la heterogeneidad de las necesidades y el nivel de dependencia de la persona mayor (leve, moderada o severa).</p>	sí	inmediatamente

II. Recomendaciones a nivel de servicios y prestaciones de atención domiciliaria

General

Recomendación	Adecuada	Necesaria
18 El sistema debe garantizar servicios de atención domiciliaria para las personas mayores con algún tipo de dependencia, que les permita permanecer dignamente en sus hogares durante el mayor tiempo posible; respetando la voluntad de las personas mayores, y considerando sus múltiples necesidades y requerimientos.	sí	inmediatamente
19 Las prestaciones y servicios de atención domiciliaria deben considerar como sujeto de atención a las personas mayores de 60 años, de todos los niveles de dependencia (leve, moderada y severa), con o sin cuidador(a) familiar o no remunerado(a); en particular a las personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad.	sí	inmediatamente
20 Para que la atención domiciliaria tenga un mayor impacto en la salud y bienestar de las personas mayores, debe coordinarse con un centro diurno de atención ambulatoria u otro dispositivo territorial, al que ellas puedan asistir de manera complementaria y simultánea, según sus necesidades e intereses.	sí	inmediatamente
21 Se debe realizar un plan de acción para escalar a nivel nacional, en un plazo máximo de 10 años, los servicios de atención domiciliaria, tomando en cuenta las características territoriales y la capacidad de implementación local; procurando disminuir la brecha de atención a personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad.	sí	mediano plazo

- El sistema de apoyo y cuidado de larga duración debe aspirar hacia la formalización y especialización de la atención domiciliaria, garantizando que exista la cantidad necesaria de trabajadores(as) de cuidado adecuadamente remunerados, formados y acreditados. Esto supone considerar al cuidado familiar o no remunerado (realizado por la familia nuclear o extensa, amigos(as) o vecinos(as)) como un soporte complementario del sistema.
- 22 sí mediano plazo

Trabajadores(as) en cuidado domiciliario

- El Estado debe asegurar la formación y capacitación adecuada para todos los(as) trabajadores(as) en atención domiciliaria de personas mayores, evaluando la transferencia de conocimientos y competencias de gerontología (envejecimiento activo y saludable, estimulación cognitiva, entre otros); competencias mínimas del área de salud (primeros auxilios, administración de medicamentos, nutrición, etc.); cuidado personal y doméstico (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria); apoyo comunitario, autocuidado, entre otros.
- 23 sí inmediatamente

- La formación y capacitación de los(as) trabajadores(as) en atención domiciliaria debe entregar conocimientos específicos según tipo de dependencia y condición de salud de la persona mayor (por ejemplo, personas con demencia o movilidad reducida).
- 24 sí mediano plazo

Prestaciones y servicios entregados

- | | | | |
|----|---|----|----------------|
| 25 | <p>Las prestaciones y servicios sociales en el domicilio deben entregar cuidado personal (asistencia y apoyo en actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, entre otros), cuidado doméstico (asistencia y apoyo en actividades instrumentales de la vida diaria, como aseo del hogar, cocinar, compras, apoyo en la gestión financiera, entre otros), acompañamiento social (propiciar participación en espacios de socialización, derivación asistida a redes de apoyo formales e informales, y entrega de información sobre beneficios y derechos sociales, entre otros) y acompañamiento emocional (escuchar, conversar y compartir con la persona mayor).</p> | sí | inmediatamente |
| 26 | <p>El estándar de atención respecto a la cantidad de horas de servicio en el domicilio se debe definir según el nivel de dependencia de la persona mayor. Estándares OCDE recomiendan, como mínimo: 6 horas y 30 minutos a la semana (dependencia leve), 22 horas y 30 minutos (dependencia moderada), 41 horas y 15 minutos (dependencia severa).</p> | sí | mediano plazo |
| 27 | <p>En el caso de personas con dependencia severa es requisito que exista un(a) cuidador(a) familiar o no remunerado(a), para las horas no cubiertas por el sistema de cuidados. De no existir, se debe asegurar la posibilidad de ser derivado a un establecimiento de larga estadía.</p> | sí | inmediatamente |

28	Los servicios domiciliarios deben trabajar con enfoque gerontológico comunitario, fomentando las redes de apoyo social, formales e informales, de las personas mayores, de modo de promover su integración social y espacios de participación.	sí	inmediatamente
29	El servicio domiciliario debe gestionar la atención de salud primaria a domicilio o ambulatoria, junto con la derivación a servicios de salud secundaria y terciaria, a las personas mayores (y, en el caso de requerirlo, a sus cuidadores(as) familiares o no remunerados(as)). Estas atenciones deben ser garantizadas por el sistema de salud público.	sí	inmediatamente
30	El servicio domiciliario debe gestionar la entrega de ayuda técnica oportuna y flexible a las necesidades cambiantes de las personas mayores; como por ejemplo bastón, silla de rueda, burrito, silla plegable para la ducha, baño portátil, catre clínico, entre otros. Estos insumos deben ser garantizados por el sistema nacional de apoyo y cuidado en conjunto con el sistema de salud.	sí	inmediatamente

Organización y gestión de prestaciones y servicios de atención domiciliaria

31	Los servicios y prestaciones de atención domiciliaria deben depender de un dispositivo local existente en el territorio (como, por ejemplo, centro de atención de salud primaria), que tenga la facultad de centralizar la información, articular intersectorialmente a los diferentes actores, supervisar la calidad de la atención y acompañar a los equipos.	sí	inmediatamente
----	---	----	----------------

32	<p>Los servicios domiciliarios deben trabajar desde el enfoque de atención centrada en las personas, fomentando una vinculación positiva con la persona mayor y facilitando el conocimiento y respeto de su trayectoria de vida. En caso de haber rotación debe existir una metodología de traspaso entre trabajadores(as).</p>	sí	inmediatamente
33	<p>Deben existir espacios formales de cuidado de equipo, individuales y grupales, para los(as) trabajadores(as) de atención domiciliaria, con el fin de realizar actividades de supervisión, capacitación, recreación y descompresión, con un presupuesto asegurado y de forma regular.</p>	sí	inmediatamente
34	<p>En el diseño e implementación de los servicios y prestaciones domiciliarios se debe disponer de recursos para asegurar el transporte para que los(as) trabajadores(as) puedan realizar las visitas al domicilio de las personas mayores u otros lugares pertinentes (realizar compras o trámites, traslado al centro diurno o centro médico, etc.); con el fin de garantizar la frecuencia de atención establecida en la recomendación 26.</p>	sí	inmediatamente
35	<p>Los servicios domiciliarios deben organizar sus atenciones con un enfoque territorial, que permita aprovechar con la máxima eficiencia el uso de recursos disponibles a nivel local (transporte, redes asistenciales, redes de apoyo comunitario, etc.); considerando la dispersión territorial, la densidad y la superficie de la comuna.</p>	sí	inmediatamente

36	Se recomienda fortalecer la aplicación periódica de instrumentos estandarizados con el objetivo de garantizar la trazabilidad y monitoreo de la calidad de los servicios, estado general de las personas, evitar situaciones de abuso o maltrato a las personas mayores, y generar estadísticas que sean comparables. Estas deben considerar ámbitos como asuntos médicos (caídas, desnutrición, medicación), desempeño funcional (actividad física), habilidades cognitivas y salud mental (delirio, estado de ánimo), participación social (relaciones sociales), satisfacción con el servicio, entre otros.	sí	inmediatamente
37	Se debe contar con una plataforma de registro digital de información de las personas mayores, contemplando su naturaleza multidimensional y dinámica en el tiempo. Esta debe ser de uso intuitivo y eficiente, y estar integrada con otras plataformas de servicios públicos.	sí	inmediatamente
Apoyo al cuidado familiar o no remunerado			
38	El Estado no debe depender mayoritariamente del cuidado familiar o no remunerado para dar respuesta a las necesidades de apoyo y cuidado de largo plazo en el domicilio de las personas mayores con algún tipo de dependencia.	sí	inmediatamente
39	No obstante, deben existir diversos tipos de beneficios, servicios y prestaciones centrados en el(la) cuidador(a) familiar o no remunerado(a), contemplando al menos: compensación monetaria (salario, transferencia monetaria, beneficios de seguridad social, etc.); conciliación de tareas de cuidado con el trabajo remunerado (horarios flexibles, permisos laborales, fuero laboral, etc.); mejora del bienestar físico y mental de la persona cuidadora (respiro, capacitación, infraestructura apropiada, etc.).	sí	inmediatamente

40 En el corto plazo, los servicios de respiro deben alcanzar una cobertura nacional, con el fin de entregar un apoyo a los(as) cuidadores(as) familiares o no remunerados(as) para que puedan tomar un descanso de sus rutinas de cuidados; como en caso de vacaciones o licencia médica. Estos pueden ser otorgados en forma directa, en servicios de cuidados temporales, o transferencias monetarias para acceder a estos servicios de respiro en forma privada.

sí inmediatamente

41 Se deben promover políticas que apoyen la incorporación y reintegración en el mercado laboral de los(as) cuidadores(as) familiares o no remunerados(as). En los casos de aquellas personas que deseen continuar realizando labores de cuidado, contemplar la certificación de competencias adquiridas.

sí mediano plazo

Tecnología

42 Se debe promover la inclusión digital de las personas mayores, garantizando la accesibilidad y la usabilidad de las tecnologías de información y comunicación, como por ejemplo, celular, computador, conexión a internet y telefonía.

sí mediano plazo

43 Se deben garantizar servicios de teleasistencia en salud: dispositivos de seguridad o urgencias médicas, controles médicos vía telemedicina, entre otros.

sí mediano plazo

44 Estos dispositivos tecnológicos deben ser accesibles, simples, fáciles de usar, seguros y adaptados a las posibles restricciones sensoriales de las personas mayores.

sí mediano plazo

Servicios básicos y/o complementarios del intersector

45	Se requieren políticas públicas de salud integral, con especialización en gerontogeriatría, que promuevan, protejan y reestablezcan la salud mental y física de las personas mayores. Estas deben incorporar a los servicios de urgencia, salud primaria, secundaria y terciaria; garantizando su calidad y cobertura nacional de manera oportuna; y disminuyendo su disparidad territorial e incrementando su capacidad resolutive.	sí	inmediatamente
46	Se debe asegurar, de ser necesario, la atención de salud a domicilio a todas las personas mayores con dependencia leve, moderada y severa; de modo de prevenir o retardar la hospitalización o institucionalización. Incluyendo servicios de kinesiología, enfermería, exámenes médicos, controles sanos y de morbilidad, entre otros.	sí	inmediatamente
47	Deben existir centros diurnos en todas las comunas, con capacidad suficiente para la población objetivo, que ofrezcan servicios complementarios para el cuidado de las personas mayores, tales como podología, peluquería, talleres de actividad física o recreativa, entre otros. Para las personas mayores con dependencia moderada y severa debe existir la posibilidad de entregar este servicio a domicilio, en el caso en que sea necesario.	sí	inmediatamente
48	Se requieren políticas públicas para garantizar una vivienda digna a las personas mayores, incluyendo accesibilidad, asequibilidad, habitabilidad y disponibilidad de servicios materiales, instalaciones e infraestructura, entre otros; asegurando una especial protección en la población en situación de pobreza o vulnerabilidad.	sí	inmediatamente

- | | | | |
|----|--|----|----------------|
| 49 | Se requieren servicios de remodelación y adaptación de la vivienda a las necesidades de la vejez, como por ejemplo, receptáculo de ducha a ras de suelo, silla de ducha, barandas o puntos de apoyo para acompañar el desplazamiento, piso continuo entre habitaciones, entre otros. | si | inmediatamente |
| 50 | Es fundamental hacer efectiva la implementación de espacios públicos amigables a las necesidades de las personas mayores; como por ejemplo, baños públicos, bancas en la vía pública, veredas anchas y niveladas, cruces peatonales seguros, entre otros. | si | inmediatamente |
| 51 | El sistema de transporte público debe crear un plan de acción para incluir a las personas mayores y así fomentar su autonomía y participación. Este debe contemplar: accesibilidad en cuanto a costo (tarifa subsidiada por el Estado a nivel nacional), vehículos amigables (asientos preferenciales y amplios, ramplas de acceso); confiabilidad y frecuencia (días hábiles y feriados); paraderos en destinos clave (como centros de salud, bancos, centros diurnos); información (cómo usar el transporte público, rutas y horarios), entre otros. | si | mediano plazo |
| 52 | Se debe hacer efectiva la cobertura universal y la disponibilidad de equipos multidisciplinarios adecuadamente formados que entreguen cuidados paliativos para las personas con enfermedades terminales y graves. | si | inmediatamente |

53	Se deben hacer efectivos los beneficios y garantías del Estado respecto al servicio funerario y de sepultura a todas las personas de acuerdo a sus necesidades e intereses, en particular a las personas mayores en situación de pobreza o vulnerabilidad.	si	inmediatamente
54	Se debe garantizar una muerte digna a todas las personas mayores, en un entorno que sea compatible con sus necesidades y preferencias, sea esta en su domicilio, en un establecimiento de larga estadía o en un hospital; respetando la voluntad anticipada y evitando el ensañamiento terapéutico.	si	inmediatamente

6.4 EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LAS RECOMENDACIONES

A pesar de su amplia aprobación cuantitativa, las observaciones de los(as) expertos(as) a las recomendaciones en la primera fase del RAM dan cuenta de cierta divergencia, ya que se efectuaron 828 observaciones. Tal como ya se explicó, sobre estas se realizó un análisis de contenido, que es una estrategia para distinguir los temas que aparecen con más frecuencia y énfasis. Las observaciones fueron agrupadas según categorías, seleccionando los asuntos más recurrentes y con mayor relevancia para el objetivo del estudio. Estos temas se pueden categorizar, por un lado, en tópicos más amplios, relacionados a recomendaciones a nivel de política pública de cuidado de larga duración; y, por otro lado, en materias más específicas que refieren a la atención domiciliaria en particular.

Posteriormente, para la segunda fase del RAM, nuevamente se aplicó un análisis de contenido de los temas tratados en los grupos de discusión con los expertos, dando prioridad a los puntos más mencionados y resumiendo los mayores consensos y disensos.

En cada uno de los temas discutidos se utiliza la siguiente estructura:

- Se presenta una selección de las recomendaciones aprobadas en la evaluación cuantitativa (6.3), agrupadas por temas a discutir
- Se muestran algunas observaciones cualitativas realizadas por los(as) expertos(as) en la primera fase del RAM
- Se presenta la pregunta realizada en el grupo de discusión
- Se analizan las observaciones cualitativas efectuadas por los(as) expertos(as) en los grupos de discusión

6.4.1 Discusión a nivel de política pública

A nivel de política pública de apoyo y cuidado de larga duración para las personas mayores en Chile, el análisis de las observaciones muestra que son principalmente tres temas transversales que predominan el discurso:

- el rol de la familia y el rol del Estado en el cuidado de personas mayores;
- la universalidad y focalización en las políticas públicas;
- y la relevancia de la intersectorialidad y los servicios complementarios.

Con esto, se tomó la decisión de discutir estos temas en la primera parte de los grupos de discusión para indagar con más detalle en las opiniones de los(as) expertos(as). Tal como se verá a continuación, estos tres temas no necesariamente son incompatibles entre ellos, sino que se pueden complementar (por ejemplo, focalizar a grupos más vulnerables dentro de un sistema universal).

A) Rol de la familia y el rol del Estado en el cuidado de las personas mayores

Recomendación	Adecuada	Necesaria
<p>N°22: El sistema de apoyo y cuidado de larga duración debe aspirar hacia la formalización y especialización de la atención domiciliaria, garantizando que exista la cantidad necesaria de trabajadores(as) de cuidado adecuadamente remunerados, formados y acreditados. Esto supone considerar al cuidado familiar o no remunerado (realizado por la familia nuclear o extensa, amigos(as) o vecinos(as)) como un soporte complementario del sistema.</p>	sí	mediano plazo
<p>N°38: El Estado no debe depender mayoritariamente del cuidado familiar o no remunerado para dar respuesta a las necesidades de apoyo y cuidado en el domicilio de las personas mayores con algún tipo de dependencia.</p>	sí	inmediatamente

Tal como se indicó en la sección 6.3, en la evaluación cuantitativa, los expertos aprobaron las recomendaciones respecto a la formalización y especialización del cuidado dentro de un sistema de CLD y el papel fundamental del Estado. Sin embargo, las observaciones muestran cierto disenso respecto al rol específico que debieran tener el Estado y la familia en el cuidado de las personas mayores.

En este sentido, hay aquellos(as) que consideran al **Estado** como garante principal de derechos y llaman a no responsabilizar a la familia en la política pública de cuidado, para no perpetuar el cuidado no remunerado y la desigualdad de género:

“Cuidado familiar no debe ser considerado en las decisiones de política pública. De otra forma, se perpetúa el trabajo no remunerado que realizan las mujeres en los hogares, muchas veces sin capacidad de poder decidir no cuidar.”

“No me parece considerar a cuidadoras/es familiares o no remunerados como soporte complementario del sistema, pues con ello se perpetúa justamente lo que se desea modificar. En mi opinión, desfamiliarizaría el apoyo a los cuidados.”

Otros(as) expertos(as) apuntan hacia la escasez de familiares disponibles que hace indispensable la presencia del Estado:

“Hay personas que no tienen referentes familiares o bien no quieren o no pueden hacerse cargo.”

Por otro lado, algunos(as) expertos(as) destacan el rol protagonista de la **familia** en el cuidado, que debe ser complementado por servicios estatales, haciendo referencia a la cultura chilena y al posible fortalecimiento del vínculo familiar a través del cuidado:

“En nuestra cultura la familia, cuando existe, es el núcleo del sistema de cuidado que debe ser complementado con los apoyos pertinentes.”

“Creo que las prestaciones y servicios sociales en el domicilio, no tienen que abarcar todo lo que requiere, sino más bien ser un apoyo al cuidado familiar; la familia y/o cuidador/a principal no debe desentenderse, la idea es que no sea una sobrecarga el cuidado, pero no desentenderse. El cuidado de la familia mantiene y fortalece vínculos.”

Un tercer grupo de expertos(as) tiene una postura intermedia:

“Actualmente debe considerarse que la realidad es la de cuidado familiar y que el tránsito hacia un cuidado estatal debe transitar mediante una implementación progresiva.”

En esta se plantea la posibilidad de capacitar y remunerar a los(as) familiares, para así, entregarles las herramientas necesarias para cuidar y, al mismo tiempo, mejorar la calidad del cuidado:

“También podría considerarse a los familiares y amigos tras una adecuada capacitación, como cuidadores y ofrecerles remuneración como se hace en otros países.”

Para indagar más en ese punto, en los grupos de discusión con los(as) expertos(as) se discutió la siguiente pregunta:

- Pensando en una política pública sostenible, ¿cómo articular el rol del Estado y de la familia en el apoyo y cuidado de las personas mayores?

En el grupo de discusión se repitieron los mismos argumentos que ya habían surgido en las observaciones de la primera fase del RAM; sin embargo, los puntos de vista parecen menos opuestos. En general, hay consenso sobre la relevancia que tiene el Estado en brindar oportunidades y en garantizar el derecho a ser apoyado y cuidado, al mismo tiempo que los(as) individuos(as) tienen cierto nivel de responsabilidad en prevenir la dependencia durante la vejez. Los(as) expertos(as) coinciden en que la gran brecha que actualmente existe en el alcance y la calidad de los servicios del Estado chileno, demuestra que este no está cumpliendo su rol de garante de derechos al cuidado y apoyo.

Respecto a eso, un experto hace referencia a la experiencia internacional y los diferentes avances en el diseño y la implementación de un sistema de CLD. Comenta que los diferentes sistemas implementados, como política pública en sí, no descansarían en el cuidado no remunerado, sino que tratarían de impulsar la **formalización del cuidado**; esto con el fin de lograr algún cambio y no perpetuar las ya existentes brechas. En este contexto parece relevante definir claramente qué se entiende por política pública de cuidado, tal como comenta el experto:

“Cuando hablamos de política pública, esta no puede descansar en el cuidado familiar (...), ni en la caridad. Sino, estaríamos hablando de otra cosa. (...) Si tú formas y pagas a una persona, entonces ya no es cuidado no remunerado.”

Además, se menciona el tema de la falta de libertad de elección de los(as) cuidadores(as) no remunerados(as). Si bien, en muchos casos, se les pregunta a las personas mayores por su preferencia, esto no es el caso para las personas que cuidan. Muchas veces, ellas no tienen opción de decidir si quieren o no cuidar a su familiar. Es ahí donde el Estado tiene que hacerse presente. Estas afirmaciones obtuvieron mucha aceptación en el grupo de discusión.

En la misma línea, en el panel se muestra consenso sobre la relevancia de reconocer a la familia -y en particular a la mujer- como cuidadores(as) principales. Por lo tanto, a los(as) expertos(as) les parece necesario aumentar los servicios de respiro para las personas que cuidan, más allá de su remuneración:

“El espectro de políticas puede ser más amplio que la remuneración del cuidado. En muchos casos, hay gente que no quiere ser remunerada y aceptan el trabajo de cuidar, lo que no significa que no requieren de otro tipo de servicios de apoyo.”

Otro punto relevante respecto a la pregunta de quién debería entregar cuidado a las personas mayores, se vincula con el **nivel de dependencia**. Algunos(as) expertos(as) expresan su preocupación por la complejidad e intensidad de ciertas patologías y niveles de dependencia; esto tanto en términos de sobrecarga física y mental como también respecto a la necesidad de tener conocimientos específicos para entregar el cuidado requerido. Por lo tanto, se plantea la idea de distinguir por nivel de dependencia de las personas mayores, porque dependiendo de eso varía también la cantidad y el tipo de cuidado que una persona requiere. Por ejemplo, el cuidado de una persona con dependencia severa requiere conocimientos profundos que no pueden ser brindados por una persona no capacitada para esto:

“No hay ninguna persona que está capacitada para vivir eso durante los años que puede durar el adulto mayor hoy en día con esta patología [Alzheimer] (...). Ninguna familia está en condiciones de entregar el apoyo que necesita una persona con una patología severa (como Alzheimer avanzado).”

A modo de resumen, en el grupo de discusión hubo consenso sobre el rol protagónico del Estado como garante de derechos y la necesidad de formalizar el cuidado y reconocer a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as). El disenso se expresó respecto a la importancia que se debiera dar a las personas que cuidan de forma no remunerada, dentro de este sistema de cuidado con un Estado garante de derechos.

B) Universalidad y focalización en las políticas públicas

Recomendación	Adecuada	Necesaria
N°1: Debe existir un sistema de protección social que tenga garantías universales y responda adecuadamente a las diferentes necesidades en cada una de las etapas del ciclo vital; reconociendo a los grupos que requieren de especial protección, en particular a las personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad.	sí	inmediatamente
N°10: Es necesario ampliar la cobertura a nivel nacional y consolidar el sistema de apoyo y cuidado de larga duración de personas mayores, asegurando servicios de apoyo o asistencia en las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, a todas las personas mayores de 60 años con algún nivel de dependencia.	sí	inmediatamente

Como se señaló anteriormente, en la evaluación cuantitativa, los(as) expertos(as) aprobaron la recomendación de contar con un **sistema universal** con garantías para todas las personas mayores. Igualmente, en las observaciones cualitativas de esta primera fase se refleja un alto consenso entre los(as) expertos(as) sobre la universalidad, como se muestra en los siguientes comentarios:

“No se debe priorizar por pobreza. Debe ser, como en todo el mundo, UNIVERSAL. Ese es el gran cambio de paradigma de la política social.”

“Los servicios deberían estar garantizados independiente de la situación económica, pues el requerimiento es transversal.”

“Es fundamental un sistema garantista y universal, hoy existe oferta dirigida a este grupo [las personas mayores] pero con bajas coberturas.”

No obstante, a pesar de la amplia aprobación de un sistema universal, hay algunos(as) expertos(as) a favor de una **focalización** en personas en situación de pobreza u otra condición de vulnerabilidad:

“El foco deben ser personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad.”

“Particularizar que la atención es para personas en situación de pobreza y vulnerabilidad, deja descubiertos a muchas personas que a pesar de no catalogarse como pobres o vulnerables, también requieren asistencia. Debiese priorizarse a aquellas que no cuentan con apoyo, independiente de su situación socioeconómica”.

Otros(as) expertos(as) profundizan en las formas de cómo llegar hacia un sistema universal y plantean diferentes posibilidades de lograrlo:

“La necesidad es inmediata en los sectores más vulnerables, podría irse implementando progresivamente para lograr cobertura universal.”

“Focalizaría en las personas con dependencia moderada a severa y en situación de exclusión para empezar.”

Para conocer en más profundidad esas ideas planteadas en las observaciones, se realizaron las siguientes preguntas en el grupo de discusión:

Pensando en una política pública sostenible,

- ¿Cuáles serían los desafíos para implementar un sistema **universal** de apoyo y cuidados de larga duración a las personas mayores en Chile?
- ¿Por dónde empezar?

En línea con la aprobación de las recomendaciones en la evaluación de la primera fase del RAM, en los grupos de discusión, hubo consenso sobre la necesidad de un sistema universal de apoyo y cuidado de larga duración.

Considerando la realidad presupuestaria de Chile, se propone que su implementación debe ser gradual, combinando tres criterios de focalización: el nivel socioeconómico de la persona, su grado de dependencia y sus redes de apoyo.

“Si vamos a avanzar a la universalidad es importante focalizar y eso depende de tres factores: pobreza, red y dependencia. Hay personas con dependencia y con red pero que no tienen recursos.”

Además, se sostiene que la gradualidad, que aspira llegar hacia la universalidad, debe tener claridad en los tiempos, para no perder de vista el objetivo final: implementar un sistema universal, que sea económicamente sostenible:

“Yo pondría hincapié en que es un programa universal, que tiene dos etapas: inmediato y mediano plazo. Las personas más vulnerables con más necesidad de inmediato y después ir agregando personas con menos necesidad.”

Además, se menciona que la universalidad es un desafío no solo económico, sino también de oferta. Por eso, es necesario invertir en la calidad de los servicios y en la capacitación de los(as) cuidadores(as), para poder cumplir la demanda por servicios de apoyo y cuidado. Otro tema muy relevante es el financiamiento que debe ser garantizado 100%, sin depender del presupuesto de las municipalidades ni de fondos concursables:

“Para avanzar en lo que hoy tenemos es importante: 1) Mejorar la calidad en programas, la diversidad de servicios que se entregan y que dejen de ser fondos concursables, que sean permanentes. 2) Que tenga 100% de financiamiento, que no dependa de los municipios, para que sea más equitativo. 3) La capacitación relacionarla con trabajo más comunitario, eso no solo ayuda al cuidado sino que también a la comunidad donde hay personas mayores.”

Resumiendo, existe consenso en los(as) experto(as)s sobre la importancia de la universalidad en el cuidado de personas mayores como objetivo final. Para alcanzarla, se debe priorizar, de forma inmediata, a las personas más vulnerables, según su nivel socioeconómico, redes de apoyo y nivel de

dependencia. En el mediano a largo plazo, se debe aumentar la cobertura hasta llegar a todas las personas con dependencia. Para esto es necesario invertir en la calidad de los servicios y la formación de los(as) cuidadores(as).

C) Importancia de la intersectorialidad y los servicios complementarios

Recomendación	Adecuada	Necesaria
<p>N°15: Es fundamental garantizar la oferta de prestaciones y servicios necesarios para las personas mayores con dependencia, articulada de forma oportuna y efectiva entre los distintos servicios sociales del sistema de cuidado, el intersector (distintos ministerios y organismos locales) y organizaciones de la sociedad civil; adaptándose a las diversas necesidades y requerimientos de las personas mayores.</p>	sí	inmediatamente
<p>N°5: Las políticas de envejecimiento deben establecer una coordinación intersectorial efectiva, entre los distintos ministerios y organismos locales competentes, asegurando una respuesta integral a las múltiples necesidades de las personas mayores. Esta debe considerar, al menos, al Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Ministerio de Vivienda, Ministerio de Trabajo, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, Ministerio de la Cultura, las Artes y el Patrimonio, Ministerio del Deporte, entre otros.</p>	sí	inmediatamente

Recomendación	Adecuada	Necesaria
<p>N°45: Se requieren políticas públicas de salud integral, con especialización en gerontogeriatría, que promuevan, protejan y reestablezcan la salud mental y física de las personas mayores. Estas deben incorporar a los servicios de urgencia, salud primaria, secundaria y terciaria; garantizando su calidad y cobertura nacional de manera oportuna; y disminuyendo su disparidad territorial e incrementando su capacidad resolutive.</p>	sí	inmediatamente
<p>N°48: Se requieren políticas públicas para garantizar una vivienda digna a las personas mayores, incluyendo accesibilidad, asequibilidad, habitabilidad y disponibilidad de servicios materiales, instalaciones e infraestructura, entre otros; asegurando una especial protección en la población en situación de pobreza o vulnerabilidad.</p>	sí	inmediatamente
<p>N°49: Se requieren servicios de remodelación y adaptación de la vivienda a las necesidades de la vejez, como por ejemplo, receptáculo de ducha a ras de suelo, silla de ducha, barandas o puntos de apoyo para acompañar el desplazamiento, piso continuo entre habitaciones, entre otros.</p>	sí	inmediatamente

Fueron varias las recomendaciones que hacen referencia a la relevancia de tener instituciones, políticas públicas y programas que funcionen de manera articulada y coordinada. Estas obtuvieron amplio consenso entre los(as) expertos(as) en la evaluación cuantitativa, el cual se refleja también en los comentarios cualitativos que se muestran a continuación:

“Las necesidades multidimensionales de las personas mayores hacen indispensable una coordinación de este tipo.”

Principalmente, los ámbitos de salud y vivienda se mencionan a menudo:

“El servicio domiciliario debe estar integrado al sistema de salud público, especialmente en los grupos más vulnerables.”

“El aumento de personas mayores en situación de calle refuerza esta propuesta. Es importante seguir pensando en modelos comunitarios, como los Condominios de Viviendas Tuteladas, y en el subsidio de arriendo.”

Sin embargo, la **efectiva implementación** de la intersectorialidad aparece como un tema complejo de implementar en la política pública nacional, al cual aún no se han encontrado soluciones efectivas:

“Es urgente que se establezca un trabajo intersectorial real centrado en las personas mayores.”

“Ya hay un consenso sobre la relevancia de la coordinación intersectorial, pero esto no se concreta ni se institucionaliza. Se debe pensar en cómo operacionalizar e institucionalizar estos espacios de coordinación. Sin duda, debe iniciarse con la red local del intersector.”

Con esto, las preguntas en el grupo de discusión fueron:

Pensando en una política pública sostenible:

- ¿Cómo se logra avanzar hacia un sistema intersectorial de apoyo y cuidado de larga duración para personas mayores?
- ¿Cuáles son los principales nudos críticos?
- ¿Cómo se implementa de manera efectiva el intersector a nivel local?

En los grupos de discusión, se destaca la importancia de invertir en ampliar la **cobertura** de los servicios y dispositivos necesarios, porque al no tener la oferta programática requerida, es imposible empezar a articular la red:

“Tiene que existir suficiente oferta programática para poder hacer la intersectorialidad. Si no hay oferta pública, no vamos a tener en qué coordinarnos, si la oferta es inexistente o insuficiente.”

Otro punto es la falta de **normativa**, la cual hace que la articulación y coordinación dependa de la voluntad de las personas involucradas. De esa manera, los servicios y prestaciones no son exigibles:

“Hay voluntad, pero no hay una normativa que obligue. No se puede avanzar sin la normativa.”

Además, los(as) expertos(as) coinciden en que falta una definición clara de la **institucionalidad** a cargo del apoyo y cuidado de personas mayores, lo que significa un gran desafío en el país. En este contexto, se discute sobre diferentes miradas para una posible solución y los aprendizajes de políticas anteriores que podrían ser útiles al respecto:

“[En el pasado] la política de envejecimiento positivo intentó coordinar muchos ministerios, se generó un comité interministerial y no funcionó, es importante recoger estos aprendizajes.”

“Una manera de avanzar en intersectorialidad es enfatizando en dos o tres subsecretarías que podrían estar interesadas y empujar esto.”

“No [recomiendo] incorporar otras subsecretarías nuevas dentro del ministerio, sino crear comités interministeriales con potestad para coordinar financiamiento, en forma continua y permanente.”

“Es indispensable que un comité interministerial pueda tener una representación regional y comunal, podría incorporar también la academia y fundaciones.”

Nuevamente, en la discusión aparece el tema de asignamiento permanente, que no debería depender de fondos concursables:

“También financiamiento permanente, al final no tiene coherencia andar consiguiendo recursos para cubrir los programas. Se necesita un financiamiento más articulado.”

Como una posible solución se menciona la figura del **gestor de casos**, que compila y coordina todas las informaciones:

“La figura del gestor de casos, de ventanilla única donde poder encontrar atención y derivación, parece una buena idea para el tema de coordinación a nivel local.”

Resumiendo brevemente la discusión sobre esta temática, los(as) expertos(as) coincidieron en la importancia de una coordinación intersectorial, la cual se ve dificultada por una falta de normativa y una definición clara de la institucionalidad a cargo del cuidado y apoyo de las personas mayores. Según los(as) expertos(as), ambos puntos -junto a una mayor inversión para poder contar con los servicios y dispositivos necesarios- podrían mejorar la articulación de la oferta de cuidado y apoyo.

6.4.2 Discusión a nivel de atención domiciliaria

En esta sección se discute sobre los servicios de atención domiciliaria para personas mayores con algún nivel de dependencia. Se analizan dos temas: sujeto de atención de la atención domiciliaria y los estándares de la atención entregada.

A) Sujeto de atención

Recomendación	Adecuada	Necesaria
N18°: El sistema debe garantizar servicios domiciliarios de apoyo y cuidado para las personas mayores con algún tipo de dependencia, que les permita permanecer dignamente en sus hogares durante el mayor tiempo posible; respetando la voluntad de las personas mayores, y considerando sus múltiples necesidades y requerimientos.	sí	inmediatamente
N°19: Las prestaciones y servicios de atención domiciliaria deben considerar como sujeto de atención a las personas mayores de 60 años, de todos los niveles de dependencia (leve, moderada y severa), con o sin cuidador familiar o no remunerado; en particular a las personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad.	sí	inmediatamente

Respecto al sujeto de atención, las recomendaciones aprobadas en la evaluación cuantitativa por los(as) expertos(as) sugieren que todas las

personas mayores de 60 años, con algún **nivel de dependencia**, tengan el derecho de recibir atención domiciliaria. Al igual que en los casos anteriores, a pesar de su aprobación general, se mostró un disenso interesante en los comentarios cualitativos. En este sentido, hay quienes consideran que la atención domiciliaria debería priorizar a aquellas personas mayores con dependencia severa:

“La necesidad está, en lo inmediato, en las personas con dependencia severa. Quienes tienen niveles de dependencia menores pueden usarse alternativas como centros de día más que domiciliarios.”

Por otro lado, hay expertos(as) que sugieren la institucionalización para personas con dependencia severa:

“Existe un porcentaje, los más severos, que no pueden continuar viviendo en sus domicilios y que necesitan ser trasladados a residencias con entornos amigables.”

Por lo tanto, algunos(as) expertos(as) consideran que las personas con dependencia severa no debieran ser el sujeto de atención de servicios domiciliarios al requerir una atención muy especializada y difícil de entregar en el domicilio; mientras que otros(as) piensan que se debería priorizar esa población. Teniendo en cuenta este disenso, en los grupos de discusión se decidió debatir sobre las siguientes preguntas:

Pensando en una política sostenible:

- ¿Quién debiera ser el sujeto de atención para los servicios de atención domiciliaria?
- ¿Qué criterios utilizar para priorizar la atención?

En los debates que se dieron en los grupos de discusión, primero, se destacó la tendencia a nivel mundial hacia la atención domiciliaria, debido a razones económicas y a la voluntad y el derecho de las personas de permanecer en su hogar. Esto implica no solo el aumento de dispositivos de atención domiciliaria, sino también la disminución de residencias de larga estadía.

Con esto, todas las personas mayores, de todos los niveles de dependencia, debieran poder recibir servicios domiciliarios si esto es lo que quieren.

Sin embargo, se discute que hay personas que, debido a su condición, requieren atención especializada e intensiva en costos y tiempo, donde la atención domiciliaria se hace sumamente difícil y costosa:

“La tendencia mundial va hacia lo domiciliario y hay algunos países que son más radicales, que decidieron no construir más residencias (...). Pero siempre va a haber un núcleo duro que no podrá recibir atención domiciliaria.”

En la misma línea, otra experta dice:

“Yo dejaría estos establecimientos [los ELEAM] para personas con dependencia severa o Alzheimer que no pueden permanecer en sus domicilios.”

Otras personas destacan la necesidad de combinar los criterios de **dependencia/tipo de patología** con las redes que la persona tiene, para así decidir el tipo de atención que una persona recibe:

“El adulto mayor con dependencia severa, cuando está solo, sin red de apoyo formal o informal, es un sujeto de atención residencial. Pero si tiene red, ¿por qué no apoyar a su cuidador y evitar así su internación?”

Respecto a la definición del sujeto de atención y los servicios requeridos, surge como tema relevante las herramientas de evaluación de la funcionalidad y los criterios que se consideran para definirla. Según los(as) expertos(as), es problemático establecer el **nivel de funcionalidad** como criterio más determinante para definir el tipo de servicio que una persona recibe, considerando que las herramientas de evaluación de la dependencia muchas veces no dan cuenta de las necesidades reales de las personas:

“No solo considerar el nivel de funcionalidad, más aun considerando que las herramientas de caracterizar la dependencia (como Barthel) son limitadas y dan muchos falsos positivos.”

“La carga de cuidado no siempre está relacionada con el nivel de dependencia, las personas con deterioro cognitivo se hacen más dependientes y a veces la carga disminuye con el tiempo.”

Otros(as) expertos(as) agregan el factor de la **ruralidad** que hace que las personas vivan más aisladas y tengan menor posibilidad de acceder a servicios, lo cual incrementa su necesidad de recibir atención domiciliaria, pero al mismo tiempo, la atención domiciliaria es más difícil y costosa para personas que viven en zona muy aisladas:

“No descartaría dependientes leves [para la atención domiciliaria]. En ruralidad hay menos dependencia pero las personas están más solas y acceden a menos servicios.”

Otro punto relevante en la discusión fue la **edad** de las personas. A muchos(as) expertos(as) no les convence definir una edad mínima para recibir servicios de apoyo y cuidado, debido a que el envejecimiento es un proceso que empieza mucho antes de llegar a los 60 años. En la misma línea se critica la rigidez de las instituciones al respecto:

“Sería importante impregnar en la política pública que los temas de envejecimiento no son solo de los 60 años. (...) El Senama fue creado para trabajar temas de envejecimiento. No podemos hacer nada con jóvenes u otros grupos etarios, sabiendo que uno envejece desde que nace.”

Relacionado a lo anterior, los(as) expertos(as) mencionaron que es necesario **prevenir** la dependencia desde una edad temprana a través de políticas públicas integradas con una mirada de curso de vida y una amplia oferta de dispositivos para las personas mayores:

“Para no llegar a una vejez con dependencia se debe empezar desde el colegio. Debemos responder a lo inmediato, tiene que haber una política integral que incorpore esa mirada.”

Igualmente, respecto a la prevención a la dependencia, se destaca la importancia de complementar la atención domiciliaria con **centros diurnos**, como un lugar de encuentro para las personas mayores:

“Para que eso sea así, hay que hacer muy bien los centros de día. Cuando haces centros de día en cada comuna, hay la menor dependencia posible. Para que las personas mayores puedan ir y recapacitarse y ahí su dependencia va a tardar enormemente.”

Por otra parte, se mostró consenso respecto a **ampliar la definición del sujeto de atención**, el cual no debiera ser únicamente la persona mayor, sino también su cuidador(a) no remunerado(a), debido a la carga física y mental que significa cuidar y su alto riesgo de deteriorarse rápidamente. Es decir, el sujeto de atención debe ser la díada:

“El sujeto de atención tiene que ser más extenso que la persona beneficiada.”

“Cuando se habla del sujeto de atención, se habla de la persona, no se habla del cuidador. (...) Pero el cuidador es candidato a ser dependiente con mayor probabilidad que otra persona que no cuida. Por eso, se debería reconocer que es una dupla, siempre son dos.”

“También los cuidadores deben tener atención en salud mental, a pesar de que hay programas, son insuficientes.”

Esto parece más urgente aun, cuando se trata de personas mayores que cuidan a otras personas mayores:

“Yo pondría el foco en las situaciones en que hay otra persona mayor que cuida.”

En modo de resumen, los(as) expertos(as) coincidieron en que la población objetivo de los servicios de atención domiciliaria debiera ser la díada, compuesta por la persona mayor y su cuidador(a) no remunerado(a). Además, hubo consenso sobre la necesidad de realizar un diagnóstico integral, mejorar las herramientas existentes, considerando el nivel de dependencia de la persona mayor, junto con factores de su entorno, redes de apoyo, localidad y condición de salud.

B) Estándares de atención domiciliaria

Recomendación	Adecuada	Necesaria
N°25: Las prestaciones y servicios sociales en el domicilio deben entregar cuidado personal (asistencia y apoyo en actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, entre otros), cuidado doméstico (asistencia y apoyo en actividades instrumentales de la vida diaria, como aseo del hogar, cocinar, compras, apoyo en la gestión financiera, entre otros), acompañamiento social (propiciar participación en espacios de socialización, derivación asistida a redes de apoyo formales e informales, y entrega de información sobre beneficios y derechos sociales, entre otros) y acompañamiento emocional (escuchar, conversar y compartir con la persona mayor).	sí	inmediatamente
N°26: El estándar de atención respecto a la cantidad de horas de servicio en el domicilio se debe definir según el nivel de dependencia de la persona mayor. Estándares OCDE recomiendan, como mínimo: 6 horas y 30 minutos a la semana (dependencia leve), 22 horas y 30 minutos (dependencia moderada), 41 horas y 15 minutos (dependencia severa).	sí	mediano plazo
N°27: En el caso de personas con dependencia severa es requisito que exista un(a) cuidador(a) familiar o no remunerado(a), para las horas no cubiertas por el sistema de cuidados. De no existir, se debe asegurar la posibilidad de ser derivado a un establecimiento de larga estadía.	sí	inmediatamente

Estas recomendaciones fueron calificadas como adecuadas por los(as) expertos(as) en la evaluación cuantitativa. En las observaciones cualitativas,

los(as) expertos(as) dejaron constancia que estos estándares, a pesar de ser mucho más altos que la realidad en Chile, pueden ser insuficientes:

“Una persona con dependencia severa según esta recomendación podría contar a lo más con cerca de 7 horas de cuidado (diario), si está en esa condición y no cuenta con otros que le presten soporte será insuficiente, por ejemplo emergencia fuera del horario, caídas, alimentación, descompensaciones etc.”.

“Creo que también se debe evaluar alternativas de apoyo de más de 41 horas para personas dependientes severas que no quieren ingresar a ELEAM”.

“El nivel de dependencia debe ser uno de los aspectos a considerar, también deben contemplarse aspectos sociales y otros para un abordaje integral. Creo que hay situaciones en que se requiere atención 24 horas diarias.”

Además, se sugiere ampliar los criterios para definir la cantidad y tipo de servicio que una persona recibe:

“El nivel de dependencia no es suficiente para definir la cantidad de horas, se requiere incorporar más criterios y un instrumento unificado para todos los organismos involucrados”.

“No solo depende de la dependencia sino de las redes de esa persona y sus niveles de salud mental y de sentimientos de soledad”.

En esta línea, se menciona la necesidad de que los servicios y la cantidad de horas sean flexibles y se adapten a las necesidades de la persona:

“Estas prestaciones y servicios sociales en el domicilio deben retroalimentarse permanentemente con el establecimiento de APS [Atención Primaria de Salud] que le corresponde a la persona, generando un plan de cuidado integral en conjunto.”

Por último, se cuestiona si un dispositivo único puede entregar todos los servicios:

“Creo que es difícil que un dispositivo pueda cumplir con todo lo planteado, por lo que potenciaría redes de apoyo y sistemas más modernos (uso tecnología, por ejemplo, en teleasistencia) y comunitarios.”

Analizando estos comentarios, se seleccionaron las siguientes preguntas para el debate en los grupos de discusión:

Pensando en una política sostenible:

- ¿Cómo avanzar hacia el estándar mínimo de atención domiciliaria? (Frecuencia y cantidad de horas)
- ¿Qué tipo de servicios y prestaciones se debieran priorizar en el domicilio?

En los grupos, los(as) expertos(as) destacaron la relevancia de la **diversidad de los servicios y prestaciones** señaladas en las recomendaciones:

“Deberíamos resguardar la mirada multidisciplinaria (...): Medicina preventiva, detectar oportunamente, activar acciones distintas en salud, pero también mirar este tema desde los apoyos cotidianos, las adaptaciones para la vida diaria, espacio físico, apoyo familiar, apoyo educativo (para cuidado pero también preventivo), mantención de actividades cognitivas, sociales. La salud mental, autonomía, acompañar a las familias para que las personas no restrinjan su autonomía. Generar coordinaciones con el intersector permanentemente.”

Como complemento, los(as) expertos(as) sugieren adaptarse a las condiciones y necesidades específicas del lugar donde vive una persona, sobre todo en zonas rurales, reconociendo la **diversidad territorial** en la definición de servicios y prestaciones. Esa diversidad hace más relevante que el tipo de atención sea adecuada a lo que la persona necesita:

“Las prestaciones en algunas regiones son muy diferentes a las de Santiago. Cortar leña es muy importante en algunas localidades, hacer pan amasado, alimentar animales.”

A pesar de ser calificada como adecuada en la evaluación cuantitativa, los(as) expertos(as) alertan sobre ciertos riesgos de la **estandarización** de horas según nivel de dependencia. Algunos problematizan que esta no ofrecería la flexibilidad suficiente para responder a la diversidad en las necesidades de las personas:

“El sistema debe tener una batería diversa de prestaciones que sea flexible, que tenga una mirada multicomponente. La estandarización no reconoce diferencias, ni la diversidad territorial.”

“La frecuencia, cantidad y servicios deben depender de la persona y sus necesidades. No es lo mismo una dependencia cognitiva o física, la carga que tiene el cuidador y la red de apoyo. Es importante no dar un número, no estandarizar.”

“Me cuesta pensar en estándares, porque el estándar es que no hay estándar. El estándar es que hay el plan de intervención individualizado.”

Respecto a la intensidad de los servicios, los(as) expertos(as) sugieren delimitar claramente el rol de la atención domiciliaria, distinguiendo entre prestaciones de cuidado y apoyo. Según esa definición, se determina también la cantidad de horas de atención:

“[A nivel internacional,] Cuando se habla de cuidados domiciliarios se habla de servicios a la dependencia. Si la persona va a través de este sistema, no va a cocinar, a preparar la comida. Si necesitas a alguien que te cocine, va otra persona a cocinar, para tareas del hogar, que son distintos del apoyo a la dependencia, hay otros que hacen esas cosas. Por eso son tan pocas horas que destinan los sistemas de CLD a los cuidados domiciliarios, porque son solo cuidado.”

En la misma línea, se menciona que el tipo de prestaciones entregadas depende de los **servicios complementarios** del intersector. Por ejemplo, en algunos países europeos que tienen los sistemas de CLD más amplios, como Francia, la cantidad de horas a la atención domiciliaria es más baja; pero los servicios están integrados en un sistema integral de protección social, el cual entrega otro tipo de servicios sanitarios y sociales que no forman parte del sistema de CLD:

“Las 41 horas semanales propuestas es un número muy alto (...). Sin embargo, allá [en los países europeos] cuentan con sistemas de protección social por el lado, una red de servicios sociales que no es comparable, allá no todo descansa en el sistema de cuidado.”

Otro tema ampliamente discutido refiere a la **tecnología** y la posibilidad de sacar algunos servicios del domicilio de la persona y entregarlos de forma indirecta. Este es el caso de la teleasistencia, sobre la cual hay miradas distintas: algunos(as) expertos(as) valoran muy positivamente el uso de la tecnología para ahorrar costos y llegar a más personas; otros(as) expertos(as) la consideran como complemento útil en algunos casos, pero insuficiente o no practicable en otros (por ejemplo en caso de territorios muy aislados con problemas de internet y teléfono):

“Para las personas era importante tener un número de apoyo y guía. Un fono mayor que pueda brindar apoyo. Algunas personas necesitan apoyo en forma directa y otras no.”

“El tema tecnológico es incipiente pero importante de incorporar, que puede ser un complemento.”

“Es muy buena la teleasistencia pero puede generar soledad no deseada. No podemos dejar de lado la necesidad de contar con personas de carne y hueso con las cuales las personas mayores puedan tener interacción.”

“La teleasistencia tiene una connotación social porque se da bien dentro de ciertas características.”

En la lógica de lo discutido anteriormente, se cuestiona si todos los servicios y prestaciones deben entregarse dentro del hogar de la persona o sino, más bien, se debieran fortalecer los **dispositivos comunitarios**, como los centros de día:

“Tenemos que romper con la lógica instalada de asistencia en domicilio y generar una lógica de integralidad, con prestaciones que funcionan en un entorno de red, no aisladas como programa.”

Nuevamente, se destaca la importancia de incorporar a **la persona que cuida** en los servicios y prestaciones de atención domiciliaria:

“El cuidado y el apoyo a la cuidadora es importante, es una persona que muchas veces no eligió cuidar, son personas de 65 años cuidando a la mamá que tiene 90. En específico el tema de la salud mental, la culpa, frustración, el tema emocional, los duelos.”

“Para las personas que cuidan, los servicios de respiro son indispensables.”

En resumen, respecto a los estándares de atención domiciliaria se destaca que es importante que las personas reciban la atención que requieren, por lo que se recomienda evitar una excesiva estandarización en las horas, frecuencia y tipo de prestaciones entregadas, de modo de poder flexibilizar según un plan de atención individualizado para cada persona mayor. Asimismo, es relevante definir qué se entiende por atención domiciliaria y considerar los servicios que entrega el intersector, para definir qué tipo de necesidades ya está cubierta por otro programa o dispositivo y con eso también definir la intensidad de los servicios.

6.5 SÍNTESIS

Este capítulo propone recomendaciones para crear un sistema nacional de CLD en Chile. Estas fueron construidas a partir de la revisión de literatura nacional e internacional, el estudio cualitativo y cuantitativo sobre las brechas de la atención domiciliaria en Chile, y la conformación de un panel de expertos(as) encargado de evaluar y consensuar este set de recomendaciones.

Se definieron 54 recomendaciones en tres ámbitos de acción: (i) políticas públicas de envejecimiento, (ii) sistema de CLD y servicios y (iii) prestaciones de atención domiciliaria. Estas recomendaciones fueron evaluadas por un panel de 46 expertos(as), pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil, entidades gubernamentales, organismos internacionales y representantes de la academia.

Se utilizó una adaptación de la metodología de consenso grupal RAM, que considera una evaluación cuantitativa y otra cualitativa. En la evaluación cuantitativa hubo consenso en calificar como adecuadas las 54 recomendaciones. Dentro de ellas, los(as) expertos(as) evaluaron que 39 deberían ser implementadas inmediatamente.

Respecto de los puntos más relevantes de este set de recomendaciones, se puede destacar:

- **Políticas públicas de envejecimiento.** Es primordial que Chile cuente con una normativa e institucionalidad que garanticen un envejecimiento digno y saludable, asegurando condiciones mínimas o estructurales para la implementación de servicios de atención domiciliaria.
- **Sistema nacional de CLD.** Es urgente que Chile cree un sistema de CLD, con cobertura nacional, asegurando servicios de cuidado y apoyo en las actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria, a todas las personas mayores de 60 años con algún nivel de dependencia. Para ello, el Estado debe garantizar el financiamiento como un pilar del sistema de protección social.
- **Servicios y prestaciones de atención domiciliaria.** Estos deben enfocarse en entregar apoyo y cuidado en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de las personas mayores con algún nivel de dependencia, al igual que apoyo socioemocional. Se recomienda que los servicios de atención domiciliaria estén organizados territorialmente, para facilitar la entrega de las prestaciones y el monitoreo de la calidad. Para que la atención domiciliaria efectivamente aporte al desafío de envejecer en el lugar, se debe contar con una vivienda y un entorno adecuados a las necesidades de las personas mayores con dependencia, junto con servicios de salud oportunos y de calidad en el territorio.

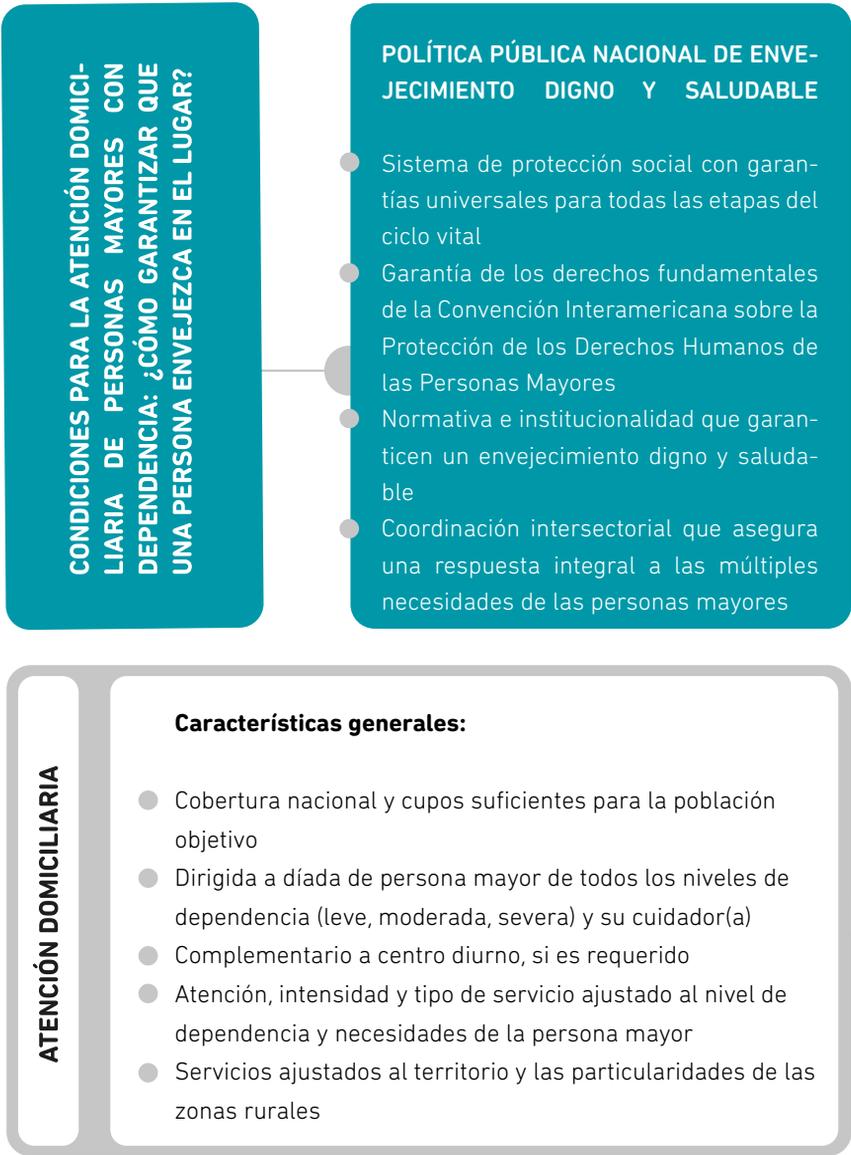
A pesar de la amplia aprobación cuantitativa de las recomendaciones, en la evaluación cualitativa los(as) expertos(as) plantearon ciertos matices sobre la ejecución de las recomendaciones en el contexto chileno. A continuación, se sintetizan los principales puntos de discusión:

- **Rol de la familia y el Estado:** Hubo consenso sobre el rol protagónico del Estado como garante de derechos y la necesidad de formalizar el cuidado

y reconocer a los(as) cuidadores(as) no remunerados(as). El disenso se expresó respecto a la responsabilidad que debiera tener la familia, dentro de este sistema de CLD.

- **Universalidad y focalización en las políticas públicas.** Existe consenso en los(as) expertos(as) sobre la importancia de la universalidad en el cuidado de personas mayores como meta de las políticas públicas para Chile, siendo evaluada como adecuada y necesaria por el panel de expertos(as). Para alcanzarla de forma progresiva, los expertos(as) recomiendan priorizar de forma inmediata a las personas más vulnerables, según su nivel socioeconómico, redes de apoyo y nivel de dependencia. En el mediano y largo plazo, plantean aumentar la cobertura hasta llegar a todas las personas con dependencia.
- **Importancia de la intersectorialidad y los servicios complementarios.** Los(as) expertos(as) coincidieron en la importancia de garantizar una coordinación intersectorial efectiva, que se ve dificultada por la falta de normativa y una definición clara de la institucionalidad a cargo del cuidado y apoyo de las personas mayores.
- **Sujeto de atención de los servicios de atención domiciliaria.** Los(as) expertos(as) coincidieron en que la población objetivo de los servicios de atención domiciliaria debiera ser la díada, compuesta por la persona mayor y su cuidador(a) no remunerado(a). Además, hubo consenso sobre la necesidad de mejorar los instrumentos utilizados actualmente para diagnosticar el grado de dependencia de la persona mayor, sumando también factores como entorno, redes de apoyo, y tipo de patología. Esto facilitaría la adecuación de las prestaciones a las necesidades particulares de las personas mayores.
- **Estándares de atención domiciliaria.** Los(as) expertos(as) destacan la importancia de evitar una excesiva estandarización en las horas, frecuencia y tipo de prestaciones entregadas, para asegurar servicios flexibles y centrados en las personas mayores. Incluso algunos(as) expertos(as) plantean que, por ejemplo, contar con 41 horas semanales de atención domiciliaria para personas mayores con dependencia severa sería insuficiente en el caso de no contar con redes familiares o cuando ocurre una emergencia.

Figura 6.2: Síntesis de recomendaciones para la atención domiciliaria dentro de un sistema de CLD



Fuente: elaboración propia en base a los hallazgos del capítulo 6.

SISTEMA NACIONAL DE APOYO Y CUIDADO DE LARGA DURACIÓN PARA PERSONAS MAYORES

- Que sea un pilar del sistema de protección social
- Con cobertura nacional
- Con universalización progresiva, focalizando primero a población más vulnerable
- Con Estado como garante de cuidado, reduciendo la carga de la familia
- Con coordinación intersectorial efectiva

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA EL ENVEJECER EN EL LUGAR

- Políticas públicas de salud integral, con especialización en gerontogeriatría
- Centros diurnos con capacidad para la población objetivo, como complemento de la atención domiciliaria
- Políticas públicas para garantizar una vivienda digna y adaptada a las necesidades de las personas mayores
- Garantizar un entorno seguro y amigable para las personas mayores

Servicios y prestaciones entregados:

- Cuidado y apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- Apoyo social y comunitario
- Apoyo al(la) cuidador(a): reducir la sobrecarga

Trabajadores(as) en atención domiciliaria:

- Promover condiciones de trabajo decente
- Con formación y capacitación adecuada, especialmente en gerontología



A black and white photograph of an elderly woman with her eyes closed and mouth open in a cry. She is wearing a textured, knitted cardigan. The background is blurred.

**PROPUESTA DE UN MODELO
DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
PARA PERSONAS MAYORES CON
DEPENDENCIA EN CHILE**

07

Los resultados de la investigación recalcan la importancia de la implementación de un sistema de cuidado de larga duración con un rol activo del Estado, que desarrolle la corresponsabilidad social del apoyo y cuidado, promoviendo la institucionalización como medida de última ratio para las personas mayores. En este contexto, el enfoque de envejecimiento en el lugar (aging in place) es clave, ya que promueve que las personas envejecan en su entorno, de forma autónoma e incluidas en sus comunidades. Un pilar relevante del envejecer en el lugar es la atención domiciliaria que entrega apoyo y cuidado tanto en actividades básicas como instrumentales, con la intensidad requerida por la persona mayor; así como también, apoyo social y comunitario, con el fin de contribuir a que la persona permanezca en su domicilio por el mayor tiempo posible.

La política pública actual, si bien va en la dirección correcta, muestra brechas significativas respecto a cobertura, alcance e intensidad de los servicios, entre otros. Por ejemplo, el programa Cuidados Domiciliarios de Senama limita su cobertura al 2,9% de personas mayores que requieren los servicios y ofrece un máximo de 6 horas semanales para personas mayores con dependencia moderada o severa (Dipres, 2022f). Esto contrasta fuertemente con las 41 horas para dependencia severa, propuestas por los estudios citados de la OCDE (Muir, 2017; Oliveira Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020).

A continuación, se presenta una propuesta de política pública en relación a los servicios que debiera tener la atención domiciliaria para personas mayores con algún nivel de dependencia. El modelo se desarrolla considerando los estándares identificados en esta investigación, que fueron ajustados a la realidad chilena. En la sección 7.1 se presentará el diseño general del modelo, mientras que la sección 7.2 mostrará distintos escenarios, diferenciando según la intensidad de la atención domiciliaria y la cantidad de asistentes de apoyo y cuidado requeridos.

Es importante recalcar que el modelo tiene una mirada preventiva hacia las personas de menor dependencia y se adapta al territorio y a las necesidades de las personas. Con esto, el modelo puede ser de utilidad en dos ámbitos: (1) a nivel de la política pública, para aumentar el estándar de la atención domiciliaria para personas mayores con dependencia, con respecto a la intensidad y frecuencia de la atención entregada; (2) a nivel institucional,

para mejorar el estándar de los programas de atención domiciliaria de la Fundación Hogar de Cristo que se implementan actualmente.

7.1 DISEÑO DEL MODELO PROPUESTO

Objetivo general

Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con dependencia, facilitando que envejeczan en el lugar, con autonomía e incluidas en sus comunidades.

Población atendida

El modelo consideraría la atención de un total de 90 personas mayores con algún nivel de dependencia que vivan en situación de pobreza y exclusión, y su cuidador(a) no remunerado(a), en caso de que exista. Teniendo en consideración que los niveles de dependencia van variando con el tiempo y manteniendo una mirada preventiva, se contemplaría una distribución inicial de 40 personas mayores con dependencia leve y 25 personas con dependencia moderada o severa, respectivamente (ver figura 7.1).

Figura 7.1: Población atendida

	Cantidad de personas mayores	Distribución según nivel de dependencia
Dependencia leve	40	44,4%
Dependencia moderada	25	27,8%
Dependencia severa	25	27,8%
Total personas mayores	90	100%
Total cuidadores(as)		90
Total participantes		180

En este aspecto, es importante destacar que el diseño del modelo es flexible y con capacidad de ajustarse a las particularidades de cada territorio. Es decir, si en un territorio hay menos personas mayores con dependencia leve, se priorizarían otros niveles de dependencia, ajustando la intensidad de los servicios para mantener los costos estables (ver capítulo 7.2 para más detalles sobre los costos del modelo).

Servicios entregados

De acuerdo a las necesidades y requerimientos de las personas mayores atendidas, los servicios que entregaría el modelo serían:

- Apoyo y cuidado en actividades básicas de la vida diaria: alimentar, vestir, bañar, etc.
- Apoyo y cuidado en actividades instrumentales de la vida diaria: cocinar, comprar, limpiar, etc.
- Apoyo social y comunitario: conversar, escuchar, conectar con otros, gestionar redes formales e informales, etc.
- Apoyo al(la) cuidador(a): entregar servicios de respiro, gestionar contacto con otros(as) cuidadores(as), gestionar participación en capacitaciones, apoyo en el acceso a beneficios, etc.

Equipo

Para atender a 90 personas mayores y sus cuidadores(as), el modelo debiese tener un equipo de 4 profesionales de distintas áreas (jefe(a) de programa, más kinesiólogo(a), terapeuta ocupacional y trabajador(a) social), además de una persona a cargo de la administración. Adicionalmente, se considerarían asistentes de apoyo y cuidado con una formación técnica, cuya cantidad exacta varía según la intensidad de los servicios (cantidad de horas de atención) y la distribución de niveles de dependencia de las personas atendidas. Además, contaría con la colaboración de un(a) analista, que dedicaría media jornada al acompañamiento y la supervisión del programa.

En este ámbito, es importante promover el trabajo decente, incluyendo, entre otros, la contratación de los(as) trabajadores(as), sueldos fijos y adecuados, clima laboral, pero también respecto a capacitaciones y el aprendizaje continuo.

Figura 7.2: Equipo para modelo de 90 personas mayores y su cuidador(a)

Equipo	Cantidad
Jefe(a) programa	1
Terapeuta ocupacional	1
Kinesiólogo(a)	1
Trabajador(a) social	1
Administrativo(a)	1
Asistente de apoyo y cuidado a domicilio	Según intensidad de los servicios y distribución de tipos de dependencia
Analista de acompañamiento y supervisión	Media jornada

Lugar y dispersión territorial

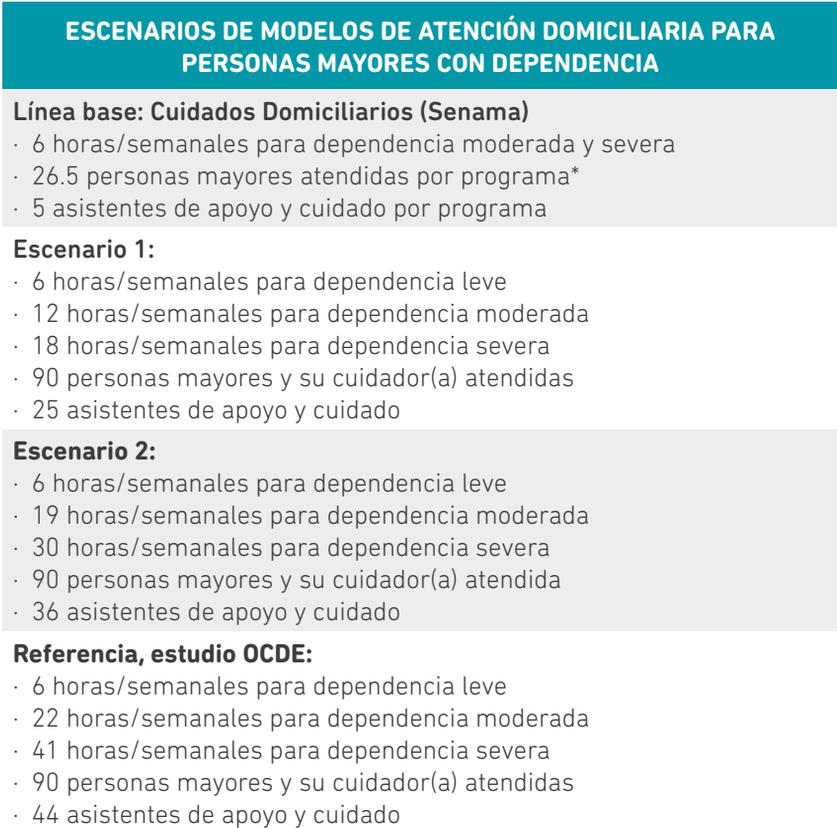
El modelo está diseñado para territorios urbanos, con alta densidad de personas mayores con dependencia, que viven en pobreza y exclusión social, atendiendo a un total de 90 personas mayores y su cuidador(a). Para aumentar la eficiencia del programa, la dispersión territorial debiera tener un máximo de 15 minutos de traslado en auto entre los domicilios de las personas mayores y la sede del programa.

7.2 DIFERENTES ESCENARIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los costos de la atención domiciliaria están fuertemente relacionados con la frecuencia e intensidad de los servicios y algunos factores de eficiencia, como por ejemplo, la ya mencionada dispersión territorial. La intensidad y frecuencia de los servicios se basa en la estimación del tiempo requerido para la atención domiciliaria, según los estudios citados de la OCDE: aproximadamente 6 horas para personas con dependencia leve, 22 horas para dependencia moderada y 41 horas para dependencia severa (Muir, 2017; Oliveira Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020). Este estándar está lejos de la realidad chilena, que actualmente considera un máximo de 6 horas semanales de servicios dirigidos a personas mayores con dependencia severa en el marco del programa Cuidados Domiciliarios de Senama.

A continuación, se presentarán cuatro escenarios distintos, donde varían la intensidad en la atención domiciliaria y la cantidad de asistentes de apoyo y cuidado. Como atención básica o piso mínimo, se ofrecería una atención de 6 horas semanales para personas con dependencia leve (ver figura 7.3 y 7.4).

Figura 7.3: Descripción de escenarios de modelos de atención domiciliaria



*Promedio de personas atendidas en los 4 programas ejecutados por HC.

En el **escenario 1**, para la dependencia moderada y severa, se entregaría un 30% del estándar de la OCDE, sumado a las 6 horas de base, llegando a 12 horas para personas con dependencia moderada y 18 horas para la dependencia severa, según indica la siguiente tabla. El costo mensual aproximado de esta alternativa sería de \$390.000 por dupla de persona mayor y su cuidador(a), según estándares mencionados. El costo total anual sería de \$425 millones.

En el **escenario 2**, se entregaría un 60% del estándar de la OCDE más la base de 6 horas semanales, llegando a 19 horas para las personas con dependencia moderada y 30 para aquellas con dependencia severa. El costo mensual por dupla de persona mayor y cuidador(a) sería alrededor de \$500.000 y el costo total del programa alcanzaría los \$545 millones al año.

Para dimensionar estos gastos, es útil hacer una comparación con los gastos actuales efectivos del programa Cuidados Domiciliarios de Senama. A modo de ejemplo, se toman como **línea base** los gastos promedio de los cuatro programas de Cuidados Domiciliarios que ejecuta el Hogar de Cristo, funcionando en Arica, Rancagua, Talagante y Valparaíso. Estos tienen un promedio de 26,5 cupos por programa y entregan seis horas de atención domiciliaria a personas con dependencia, teniendo un costo de cerca de \$320.000 mensual por persona atendida. Cabe mencionar que la subvención del programa, por parte de Senama, en 2023, era de aproximadamente \$130.000, lo que corresponde a menos del 50% de los costos reales.

Esa comparación con la línea base muestra una diferencia de \$70.000 al mes por participantes con el escenario 1 y cerca de \$200.000 con el escenario 2, lo que se explica debido a que, el modelo propuesto, se basa en estándares de servicios en frecuencia e intensidad, que son acorde al nivel de dependencia y de las necesidades de la persona mayor y su cuidador(a).

Además, la comparación de los gastos totales muestra montos más altos, tanto en gasto directos como indirectos, pero igual se ve un efecto de economía de escala. Cabe destacar que todos los ítems agregan algo que mejora la calidad del servicio; entre otros, el modelo contempla:

- la presencia permanente de un medio de transporte para que los(as) asistentes de cuidado y apoyo puedan realizar todas las visitas domiciliarias y otros viajes que se requieran;
- las horas que los(as) trabajadores(as) dedican a traslados, reuniones de equipo y coordinación, además de espacios de cuidado de equipo, entre otros;
- la colaboración de un analista para el acompañamiento y la supervisión del programa.

La mayor cantidad de personas atendidas y la implementación del modelo en un territorio reducido, aportaría a optimizar los costos del programa.

Figura 7.4: Escenarios de modelos de atención domiciliaria, según estándares (en pesos chilenos).

Nivel de dependencia	Línea Base: Cuidados Domiciliarios Senama*	Escenario 1: Base de 6 horas más 30% del estándar OCDE	Escenario 2: Base de 6 horas más 60% del estándar OCDE	Estándar OCDE
Leve	No aplica	6h	6h	6h
Moderado	6h	12h	19h	22h
Severo	6h	18h	30h	41h
Personas atendidas	26,5 personas mayores	90 personas mayores y su cuidador(a)	90 personas mayores y su cuidador(a)	90 personas mayores y su cuidador(a)
Cantidad asistentes de apoyo y cuidado	5	25	36	44
Total gastos directos	91.185.073	386.879.438	495.688.371	575.811.570
Total gastos de personas	76.445.414	317.643.802	422.671.331	500.044.418
Total gastos operacionales**	14.739.660	69.235.636	73.017.040	75.767.152
Total gastos indirectos***	9.118.507	38.687.944	49.568.837	57.581.157
Total gastos	100.303.581	425.567.382	545.257.208	633.392.727
Costo promedio participante/mes	318.424	394.044	504.868	586.475

* Promedio de los 4 programas ejecutados por HC.

**Incluye gastos en comunicaciones y equipos TI, atención directa, gastos generales e insumos básicos.

*** Incluye gastos centralizados de administración, funciones y servicios que no están en el programa (por ejemplo: acompañamiento y supervisión técnica, administración de personas y pago de remuneraciones, registros de gastos y contabilidad).

En conclusión, el ejercicio de situarse en diferentes escenarios con sus respectivos costos, muestra que entregar atención domiciliaria para personas mayores con dependencia y sus cuidadores(as) implica una inversión considerable, donde el Estado debe tomar un rol importante para asegurar un financiamiento estable y sostenible que permita envejecer con dignidad en el lugar.

El monto de financiamiento de Senama, actualmente vigente, resulta insuficiente para poder entregar la atención que las personas requieran, considerando también que los distintos niveles de dependencia y las necesidades particulares de las personas, requieren de una diferenciación tanto en los servicios, como en la intensidad de su entrega. En este contexto, resultaría importante revisar posibilidades de mejoras en la eficiencia del programa, por ejemplo, a través de un aumento en los cupos por programa o un territorio más acotado donde se reducirían los costos y tiempos de traslado. Tal como ya se señaló, invertir en la atención domiciliaria tendría un efecto preventivo, pudiendo evitar la institucionalización de las personas mayores con dependencia y asegurando su derecho y voluntad de permanecer en sus domicilios.

Figura 7.5: Síntesis propuesta de modelo de atención domiciliaria en Chile





PALABRAS FINALES



08

A partir de los datos y proyecciones demográficas respecto de la población mayor, resulta innegable que Chile es un país que envejece aceleradamente. En efecto, se estima que las personas mayores representarán un tercio del total de la población al 2050, tal como ha sido señalado en el presente estudio.

Parte importante de estas personas enfrentarán una vejez sin contar con las condiciones mínimas de dignidad, que les permita tener seguridad económica y gozar de una plena inclusión, integración y participación social en esta etapa de la vida. Es urgente que el Estado de Chile implemente políticas públicas integrales dirigidas a toda la población para garantizar una vejez digna y saludable, poniendo especial atención en aquellos cuyas trayectorias de vida han estado marcadas por la pobreza y la exclusión social. De lo contrario, seguirá manteniéndose una vergonzosa deuda social que sigue perpetuándose y acrecentando desigualdad social, largamente consignadas por la evidencia nacional e internacional.

Esta situación de injusticia y desigualdad social respecto de las personas mayores ha sido alertada en forma reiterada por organismos internacionales, académicos, expertos, organizaciones de la sociedad civil y también por las propias agrupaciones de personas mayores, desde hace más de una década, haciendo ver la miseria con la que muchos deben vivir su día a día.

El Hogar de Cristo, ha desarrollado este estudio con la profunda convicción de visibilizar la precaria situación de las más de 112 mil personas mayores cuyos ingresos no alcanzan a cubrir sus gastos mínimos para vivir. Lo anterior, sin considerar las casi 680 mil personas mayores que viven una situación de pobreza multidimensional, expresada en temas como salud, vivienda y trabajo entre otras dimensiones, que dan cuenta de la grave vulneración de derechos fundamentales de miles de personas mayores en el país.

Cabe señalar que, si bien las personas mayores muestran índices menores de pobreza monetaria comparativamente con el resto de la población, esta medición no contempla los costos asociados a la vejez y otros factores de vulnerabilidad, como la pérdida de salud y funcionalidad, que va generando distintos niveles de dependencia. Al respecto, considerando exclusivamente a la población mayor que pertenece al grupo de menores ingresos, esta presenta 3 a 4 veces más dependencia respecto de personas mayores con ingresos más altos.

Tal como se detalló a lo largo de este estudio, las personas mayores enfrentan además múltiples dificultades cotidianas, en distintas otras dimensiones relevantes para su bienestar y calidad de vida: debilitamiento de sus vínculos sociales, precariedad de la vivienda, percepción de aislamiento o abandono social; problemas de salud y diversas barreras estructurales en la atención en los servicios de salud. Estas vivencias tienen efectos negativos e impactan sus vidas, afectando su dignidad y su bienestar integral.

Si bien se reconocen los esfuerzos realizados y se identifican avances concretos respecto de la población mayor, tales como la ratificación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2017), la cual obliga al Estado, entre otras cosas, a promover y facilitar el acceso de las personas mayores a servicios de cuidados domiciliarios que le permitan envejecer en su domicilio, conforme a su voluntad. Además, recientemente, están la tramitación de un proyecto de Ley sobre Envejecimiento y los avances en la implementación de programas para prevenir la dependencia y apoyar a las personas mayores mediante servicios de cuidado. Aun así, las brechas de cobertura, alcance, financiamiento y equidad territorial son altamente significativas considerando los desafíos que se enfrentan a corto, mediano y largo plazo.

Aunque Chile muestra avances que van en la dirección correcta en materia de creación de programas y servicios domiciliarios para las personas mayores con dependencia, comparado con estándares internacionales, la literatura revisada y la opinión de expertos(as), las brechas son aún considerables. A modo de ejemplo, la cobertura de los programas de atención domiciliaria llega a menos de un 3% de la población objetivo, dentro de un reducido número de territorios (Dipres 2022f; 2022j). Esta situación conlleva un importante abandono de las personas con mayores niveles de dependencia, con la responsabilidad y carga puesta más bien en los(as) cuidadores(as) no remunerados(as), aumentando así el riesgo de empobrecimiento de esta población y sus familias.

Desde una mirada institucional que se basa en los hallazgos de este estudio y en la experiencia de trabajo con personas mayores, se detallan a continuación algunas claves para abordar el desafío de Envejecer con Dignidad en Chile:

Clave I: Desarrollo e Implementación de una Política Integral de Envejecimiento.

- Elaborada con perspectiva de derechos, garantizando el ejercicio de los mismos, integralidad y calidad.
- Que sea una política de Estado, es decir, trascienda a los distintos gobiernos.
- Que sea una política progresiva en su implementación y en la asignación de recursos, permitiendo sostenibilidad y sustentabilidad en el tiempo.
- Que garantice el desarrollo, la protección social y el cuidado de las personas mayores, en especial de quienes que viven en contextos de pobreza y exclusión social.
- Que considere el trabajo intersectorial e interministerial.

En este contexto, cobra especial relevancia la discusión y aprobación del Proyecto de Ley de Envejecimiento Digno, activo y saludable, actualmente en trámite y discusión en el Congreso Nacional.

Clave II: Protección Social

Entendida como un apoyo para enfrentar eventos adversos y/o contingencias que arriesguen el progreso y bienestar de las personas y/o familias, la protección social debe orientarse a abordar los riesgos estructurales a lo largo del ciclo de la vida -incluido el envejecimiento, así como a los problemas estructurales de la pobreza y desigualdad. Al menos 3 son los ámbitos que deben ser considerados:

En el ámbito de Salud:

Se debe fortalecer la Atención Primaria en Salud, especialmente dirigida a personas mayores con dependencia severa, potenciando y reforzando los recursos socio-sanitarios de apoyo y cuidado para aquellas personas mayores que deseen pasar las últimas etapas de la vida en su domicilio.

Es importante, aumentar la dotación de los equipos profesionales especializados, implementar la modalidad de atención domiciliaria oportuna y pertinente, así como también considerar enfoques en sintonía con los derechos fundamentales, centrado en las personas para los Cuidados Paliativos desde una conceptualización relacionada al buen morir.

En el ámbito de la Previsión Social:

Implica avanzar en un sistema previsional que otorgue pensiones que les permitan a las personas mayores mantener su calidad de vida, con un nivel de vida digno. En este contexto, las personas mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad señalan que sus pensiones no alcanzan a cubrir sus gastos básicos, y que el alto costo de la vida les impide mantener un estándar de vida adecuado, más aun considerando los gastos adicionales -en el ítem de salud- que implica la vejez y, muchas veces, les genera la necesidad de complementar ingresos con un empleo.

Se requieren pensiones acordes a un ingreso mínimo establecido, de acuerdo al costo real de la vida para una persona mayor, para toda su vida y que resuelva las desigualdades de género.

En el ámbito de la Vivienda:

De acuerdo a la convención interamericana, “la persona mayor tiene derecho a una vivienda digna y adecuada, y a vivir en entornos seguros, saludables, accesibles y adaptables a sus preferencias y necesidades”. Este punto, al menos debiera traducirse en:

- Habitabilidad que incluye el derecho a contar con una vivienda que permita evitar riesgos para la salud como la protección del frío, lluvia, calor, riesgos estructurales y de vectores de enfermedad, entre otros aspectos; también considera contar con el espacio y equipamiento doméstico suficiente a sus requerimientos y necesidades básicas y/o de cuidados.
- La disponibilidad de servicios, asequibilidad y entorno comunitario: servicios indispensables para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición, así como también acceso a mobiliario comunitario adecuados como aceras, parques, plazas públicas o estacionamientos.
- La seguridad de contar con vivienda y la pertinencia cultural de ella.

Clave III: Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

Asociada a la creación de un Sub-Sistema como uno de los pilares o componentes del sistema de protección social, dirigido a implementar un sistema de apoyos y cuidados de larga duración (CLD):

- Con carácter universal (asegurar que todas las personas mayores con dependencia, que lo requieran, tengan acceso a servicios de cuidado), integral (mirar el conjunto de dimensiones asociadas al bienestar de las personas y sus familias), continuo (incluyendo servicios para la prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos), con el mismo nivel de calidad definido mediante estándares.
- Con una inversión adecuada y suficiente para una cobertura nacional, con equidad territorial, adecuado nivel de calidad y con sentido de urgencia.
- Considera el apoyo y cuidado de las personas con distintos niveles de dependencia (leve, moderada y severa).
- Bajo un enfoque promocional y preventivo, es necesario fortalecer y ampliar la oferta de servicios de apoyo y cuidados, que den cuenta de la heterogeneidad de la población mayor y sus necesidades. Por ejemplo, con Centros de Día con atención diferenciada en dos niveles (rehabilitación y/o mantención de la funcionalidad), servicios de respiro para el(la) cuidador(a), entre otros.
- Enfatiza el rol del apoyo social, superando la lógica asistencialista e individualista, a través de componentes sociales, territoriales y/o comunitarios, como pilares fundamentales para garantizar dignidad e inclusión.

Clave IV: Servicios de atención domiciliaria a personas mayores

Los servicios de atención domiciliaria son ampliamente recomendados a nivel internacional en el marco de los Cuidados de Largo Plazo, tal como se ha detallado en el presente estudio. Se trata de servicios fundamentales para

impulsar el envejecimiento en el lugar, es decir, que las personas mayores permanezcan en su hogar por el mayor tiempo posible, asegurando su autonomía y retrasando su derivación a una residencia de larga estada⁴³.

En la entrega de servicios domiciliarios, se deben tener las siguientes consideraciones:

- Que cuente con oferta de servicios de apoyo y cuidado que varíen según la necesidad específica y particular de la persona mayor.
- Que sean entregados por trabajadores(as) con formación y certificación especializada que incluyan primordialmente apoyo y cuidado en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, orientadas al apoyo social, es decir que busque avanzar hacia una mayor formalización del trabajo de cuidados con una perspectiva de Corresponsabilidad social del cuidado, la que comprende la crisis de los cuidados existente.
- Que cuente con programas de respiro para el(la) cuidador(a) no remunerado(a), servicios de capacitación, además de beneficios para compatibilizar el cuidado con la participación laboral, entre otros. La intensidad y frecuencia de estos servicios es alta, relacionada con el nivel de requerimiento de la persona mayor, entendiendo que una atención domiciliaria de calidad requiere tiempo y formación.
- Que incluya servicios de apoyo de la comunidad, para facilitar la inclusión de la persona mayor en la comunidad, evitando el aislamiento o separación de esta.
- Respecto a la población en situación de pobreza, es importante considerar que sus viviendas y entornos muchas veces no tienen las condiciones adecuadas para envejecer dignamente, lo cual tendría que ser considerado dentro de la política pública.

Clave V: Cuidadoras

Este estudio confirma un sesgo de género en las labores de cuidado, mostrando el abandono en que viven las mujeres que cuidan de manera no remunerada, a las personas mayores con dependencia. Algunas medidas concretas destinadas al reconocimiento de su labor:

⁴³ Servicio que debiera ser considerado como último recurso o medida de última ratio.

- Apoyo económico (en la actualidad el estipendio asignado resulta insuficiente, casi simbólico).
- Seguridad social (que permita, según corresponda, acceso al trabajo remunerado o a una jubilación que no perpetúe la precariedad respecto de su bienestar y calidad de vida).
- Reconocimiento formal de su labor como colaboradora del Estado en materias de cuidado.
- Formación y capacitación.
- Atención prioritaria al cuidado de su salud física y mental.

Clave VI: Colaboración Público Privada

Es necesario fortalecer la relación y colaboración entre el Estado y la Sociedad Civil en la implementación de las políticas públicas dirigidas a las personas mayores, ampliando y mejorando el financiamiento de programas y servicios del Estado destinados a esta población y sus cuidadores(as).

También resulta fundamental el financiamiento necesario y sostenible a organizaciones de la sociedad civil que colaboran en el cuidado de las personas mayores, asegurando la continuidad de los distintos servicios de cuidado de largo plazo, con estándares de calidad acordes a los requerimientos de las personas y sus familiares.

Clave VII: Formación y capacitación

Urge el involucramiento del mundo académico en la formación de profesionales y técnicos en las distintas disciplinas que abordan la vejez y el envejecimiento.

Tal como lo señala esta investigación, la tarea de cuidados no puede ser realizada por cualquier persona; requiere de ciertas habilidades técnicas en el manejo de una persona con movilidad reducida o dependencia total, así como paciencia, organización, buen trato, entre otras. Aspectos como la formación y la capacitación constituye un elemento clave en la calidad del servicio y en el reconocimiento a las labores de cuidado.

Clave Final: Envejecer en el lugar

La preferencia de las personas mayores por permanecer el mayor tiempo posible en sus hogares es un fenómeno social estudiado recientemente, pero es una aspiración y deseo que ha estado siempre presente entre las personas mayores a lo largo de generaciones.

Permanecer en su hogar, con sus pertenencias, seres queridos y en su barrio, con el máximo nivel de autonomía y con los servicios de apoyos y cuidados para aquello, no puede ser considerada solo como una preferencia personal. El Estado debe cumplir un rol garante de cuidado y apoyo, acorde a las necesidades y requerimientos de las personas. Asimismo, como se ha demostrado a lo largo de esta investigación, el lugar donde se envejece, un lugar conocido y querido, tiene un impacto positivo en los niveles de confianza, independencia y autonomía de las personas mayores. Sin embargo, esta posibilidad no puede materializarse a no ser que existan al menos ciertas condiciones básicas tales como:

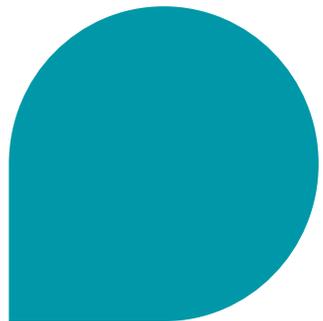
- una vivienda digna (buen estado de conservación, segura, adaptada),
- protección social (ingresos que le permitan un nivel de vida digno), y
- contar con una red de apoyos y cuidados (que incluya servicios de apoyo y cuidados de largo plazo en la realización de actividades de la vida diaria y vida social).

De esta manera, las personas mayores podrán gozar de mayor bienestar, disfrutando de una adecuada salud; logrando la mayor independencia funcional posible; desplegando destrezas cognitivas y habilidades emocionales; y una participación social adecuada, promoviendo su autonomía y mantención en el medio habitual (su hogar, su familia, su comunidad).

Por ello, el establecimiento e implementación de políticas públicas para fomentar el desarrollo y mantención de las capacidades en las personas mayores, potenciando al máximo sus recursos para incrementar así su bienestar, es un desafío urgente a nivel país, para de esta manera saldar la deuda pendiente y permitir a las personas mayores Envejecer con Dignidad.

María Isabel Robles Meza
Directora Nacional Técnica
Apoyo, Cuidado y Desarrollo de la Autonomía
Hogar de Cristo

BIBLIOGRAFÍA



Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88, 35–50. <https://doi.org/10.18356/a48f3cca-es>

Acosta, E., & Picasso, F. (2019). Políticas comparadas de envejecimiento y cuidados. Los aprendizajes compartidos en Chile, Cuba y Uruguay y las lecciones de la experiencia de Alemania y España. *Observatorio Iberoamericano sobre Movilidad Humana, Migraciones y Desarrollo*.

Acosta, E., Picasso, F., & Perrotta, V. (2018). Envejecimiento y cuidados en Chile. *Avances y desafíos en la construcción de una política pública. Análisis y Perspectivas*, 15(January), 12.

Albala, C. (2020). El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.12.001>

Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil. (2021). *Nacer y Crecer en Pobreza y Vulnerabilidad*.

Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare Service Redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151–166. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017>

Aranco, N. (2019). Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia: Resumen Uruguay. <https://doi.org/10.18235/0001607>

Aranco, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., Oliveira, D., Retana, M. R., & Torres Ramirez, E. (2022). Envejecer en América Latina y el Caribe. Protección social y calidad de vida de las personas mayores. <https://doi.org/10.18235/0004287>

Aranco, N., & Ibararán, P. (2020). Servicios de apoyo personal en el domicilio para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados. <http://dx.doi.org/10.18235/0002310>

Aranco, N., & Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. <https://doi.org/10.18235/0001821>

Ariaans, M., Linden, P., & Wendt, C. (2021). Worlds of long-term care: A typology of OECD countries. *Health Policy*, 125(5), 609–617. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>

Arnold, M; Herrera, F; Massad, C; Thumala, D. (2021). Sexta Encuesta Nacional Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores: Cómo observa la población el envejecimiento en Chile. En Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

ARSchile. (2009). Estudio cualitativo: Trabajo Doméstico y de cuidado que realizan las personas mayores. Gobierno de Chile. Servicio Nacional del Adulto Mayor.

<https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Trabajo-domestico-y-de-cuidado-que-realizan-las-personas-mayores-2009.pdf>

Asesorías para el Desarrollo. (2019). Informe final. Evaluación focalizada de ámbito. Programa Subsidio de Arriendo. http://www.dipres.gob.cl/597/articles-189331_informe_final.pdf

Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E., & Wong, A. (2020). Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival. *Journal of Health Economics*, 73, 102354. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102354>

Baldock, J., Manning, N., Vickerstaff, S., & Mitton, L. (2011). *Social Policy* (Vol. 4). Oxford University Press.

Banco Mundial. (2017). Primera Fase del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados 2017. Evaluación del proceso de implementación.

Banerjee, D. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1466–1467. <https://doi.org/10.1002/gps.5320>

BCN. (2017). Decreto 162. Promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

BID. (2020). La crisis de la desigualdad. América Latina y el Caribe en la encrucijada.

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-crisis-de-la-desigualdad-America-Latina-y-el-Caribe-en-la-encrucijada.pdf>

Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5–31. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.1>

Boland, L., Légaré, F., Perez, M. M. B., Meneer, M., Garvelink, M. M., McIsaac, D. I., Painchaud Guérard, G., Emond, J., Brière, N., & Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: An overview of systematic reviews. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1–15.

Bos, J. T., Frijters, D. H. M., Wagner, C., Carpenter, G. I., Finne-Soveri, H., Topinkova, E., Garms-Homolová, V., Henrard, J.-C., Jónsson, P. V., Sørbye, L., Ljunggren, G., Schroll, M., Gambassi, G., & Bernabei, R. (2007). Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(4), 323–329. <https://doi.org/10.1007/BF03324709>

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2), 19–31. <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>

Brunet Icart, I., & Santamaría Velasco, C. (2016). La economía feminista y la división sexual del trabajo. *Culturales*, 4(1), 61–86.

Buchman, A. S., Boyle, P. A., Wilson, R. S., James, B. D., Leurgans, S. E., Arnold, S. E., & Bennett, D. A. (2010). Loneliness and the rate of motor decline in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. *BMC Geriatrics*, 10(1), 77. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-77>

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>

Cafagna, G., Aranco, N., Ibararán, P., Medellín, N., Oliveri, M. L., & Stampini, M. (2019). Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. <https://doi.org/10.18235/0001972>

Callaghan, L., & Towers, A. M. (2014). Feeling in control: Comparing older people's experiences in different care settings. *Ageing and Society*, 34(8), 1427–1451. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000184>

Calvo, E. (2013). Envejecimiento Positivo. *Gerontología Social*, 47–62. http://www.estebancalvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo_2013_envejecimiento-positivo-PUC.pdf

Calvo, E., Berho, M., Roqué, M., Amaro, J. S., Morales-Martinez, F., Rivera-Meza, E., Gutiérrez Robledo, L. M. F., López, E. C., Canals, B., & Kornfeld, R.

(2018). Comparative analysis of aging policy reforms in Argentina, Chile, Costa Rica, and Mexico. *Journal of Aging & Social Policy*, 31(3), 211–233. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1465797>

Calvo, E., & Madero-Cabib, I. (2016). Enfoques Sobre el Envejecimiento: Envejecimiento Saludable, Activo y Positivo. *Prevención y Abordaje del Maltrato Hacia las Personas Mayores*, 27–42.

Caro, S., Matus, C., Rojas, M., Bustamante, B., & Soto, K. (2021). Envejecimiento y redes de apoyo en Chile. Desafíos y propuestas para la integración social de las personas mayores en contextos urbanos y rurales. <https://ciapat.cedeti.cl/wp-content/uploads/2021/09/Publicacion-Envejecimiento-y-redes-de-apoyo-en-Chile.pdf>

Carrasco, M., Beatriz Fernández, M., Alexander, E., & Soledad Herrera, M. (2021). Loneliness in older Chilean people: Importance of family dysfunction and depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 23(1), 99–109. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.011568>

Caruso, M., Galianai, S., & Ibararán, P. (2017). ¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas y de políticas. Banco Interamericano de Desarrollo.

Centro de Microdatos Universidad de Chile. (2022). ENDIDE. Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022. Manual de Trabajo de Campo. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/Manual_Trabajo_Campo_ENDIDE_2022.pdf

Centro Microdatos UC. (2020). Evaluación de Impacto. Centros Diurnos. En Evaluación de Impacto Social. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/otras_eval/2021/EV56210_1.pdf

CEPAL. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3859/1/S2009000_es.pdf

CEPAL. (2015). Hacia un sistema de transferencias monetarias para la infancia y los adultos mayores: una estimación de impactos y posibilidades fiscales en América Latina. *Revista de la Cepal*, 216, 96.

CEPAL. (2017). Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y autonomía. (LC/CRE.4/3/Rev.1). <https://cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia>

CEPAL. (2019). Envejecimiento y derechos humanos: la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. https://www.cepal.org/es/enfoques/envejecimiento-derechos-humanos-la-convencion-interamericana-la-proteccion-derechos-humanos#_ftnref2

CEPAL.(2021).Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible. En *La mujer de América Latina y el Caribe*.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/47264-la-sociedad-cuidado-aportes-la-agenda-regional-genero-marco-desarrollo>

CEPAL. (2022a). Cepalstat. Bases de Datos Estadísticas. Población sin ingresos propios por sexo, según grupo de edad y área geográfica. https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=2745&area_id=545&lang=es.

CEPAL. (2022b). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. 1–187.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>

Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2021). Long-term care in Costa Rica: Lessons for Latin America based on international evidence. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 45(November). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.146>

Clark, L., & Boyd, A. S. (2017). Health disparities and social determinants of health among the elderly. *Journal of Cultural Diversity*, 24(4), 118–125.

Clark, R. A., Inglis, S. C., McAlister, F. A., Cleland, J. G. F., & Stewart, S. (2007). Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 334(7600), 942. <https://doi.org/10.1136/bmj.39156.536968.55>

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care* (OECD Health). OECD Publishing.

Comunidad Mujer. (2014). Informe final. Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral. <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/com.muj-modeloscuidadosp.adultas.pdf>

Conroy, K. M., Krishnan, S., Mittelstaedt, S., & Patel, S. S. (2020). Technological advancements to address elderly loneliness: practical considerations and community resilience implications for COVID-19 pandemic. *Working with Older People*, 24(4), 257–264. <https://doi.org/10.1108/WWOP-07-2020-0036>

Costa-Font, J., Elvira, D., & Mascarilla-Miró, O. (2009). "Ageing in place"? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban Studies*, 46(2), 295–316. <https://doi.org/10.1177/0042098008099356>

Crewdson, J. (2016). The Effect of Loneliness in the Elderly Population: A Review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890>

Dahlberg, L. (2020). Ageing in a changing place: A qualitative study of neighbourhood exclusion. *Ageing and Society*, 40(10), 2238–2256. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1900045X>

Daigre, M. Luisa., & Fernández, M. (2015). Informe final de evaluación programa fondo de servicios de atención al adulto mayor. 194.

Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), 327–337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>

Dannefer, D., Han, C., & Kelley, J. (2019). Beyond the "haves" and "have nots". *Generations*, 42(4), 42–49.

Data Social. (2022). Glosario. <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portaDataSocial/glosario>.

Davey, J. (2006). "Ageing in place": The views of older homeowners on home maintenance, renovation and adaptation. *Social Policy Journal of New Zealand*, 3(27), 128–141.

de Castro, G. (2017). El impacto relacional de la pobreza en la infancia y la adolescencia: Aportes desde el análisis del bienestar y los derechos de la infancia en España 2007-2015 / The relational impact of child poverty: Contributions from wellbeing and child rights analysis in Spain 2007-2015. *Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento*, 6(1), 6. <https://doi.org/10.3895/rbpd.v6n1.4604>

Dipres. (2017). Informe final de evaluación. Evaluación Programas Gubernamentales: Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/otras_eval/2021/EV59207_1.pdf

Dipres. (2022a). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Atención domiciliaria personas con dependencia severa. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310187_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022b). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Centros de apoyo comunitario para personas con demencia. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310234_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022c). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Centros diurnos del adulto mayor. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310173_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022d). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Comunas amigables con las personas mayores. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310451_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022e). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Condominio de viviendas tuteladas. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310107_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022f). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Cuidados domiciliarios. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310365_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022g). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Establecimientos de larga estada para adultos mayores. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310106_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022h). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Hospitalización domiciliaria. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310186_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022i). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Plan nacional de demencia. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310383_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022j). Monitoreo y seguimiento Oferta Pública 2022. Red local de apoyos y cuidados - RLAC. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310372_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022k). Monitoreo y seguimiento oferta pública 2022. Subsidio para el arriendo. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-310363_doc_pdf.pdf

Dipres. (2022l). Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM). https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2023/PRG2023_3_60435.pdf

Eggert, S., & Teubner, C. (2023). ZQP-Analyse Wohnen mit Pflegebedürftigkeit: Befragung pflegender Angehöriger. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_Wohnen.pdf

Elder, G. H. (1998). The Life Course as Developmental Theory. *Child Development*, 69(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x>

Elder, G. H., Shanahan, M. J., & Jennings, J. A. (2015). Human development in time and place. En R. M. Lerner, M. H. Bornstein, & T. Leventhal (Eds.), *Handbook of Child Psychology and Developmental Science*, vol. 4: Ecological Settings and Processes (pp. 6–53). Wiley.

Ellwardt, L., van Tilburg, T., Aartsen, M., Wittek, R., & Steverink, N. (2015). Personal Networks and Mortality Risk in Older Adults: A Twenty-Year Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 10(3), e0116731. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116731>

FAO, IFAD, Unicef, WFP, & OMS. (2022). The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. FAO. <https://doi.org/10.4060/cc0639en>

Fernández, B. M., Hojman, A., Miranda, P. S., Narea, M., Reyes, J., Salinas, C., & Edición, C. Y. (2023). Sistema Nacional de Cuidados en Chile: consideraciones y propuestas. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/sistema-nacional-de-cuidados-en-chile-consideraciones-y-propuestas/>

Fernández-Carro, C. (2010). La perspectiva del curso de vida como enfoque teórico para el estudio de la movilidad residencial en la vejez. IX Congreso de la Asociación de Demografía Histórica.

Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lázaro, P., van het Loo, M., McDonnell, J., Vader, J. P., & Kahan, J. P. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. [Product Page]. https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html

Forder, J., Vadean, F., Rand, S., & Malley, J. (2018). The impact of long-term care on quality of life. *Health Economics (United Kingdom)*, 27(3), e43–e58. <https://doi.org/10.1002/hec.3612>

Fratiglioni, L., Wang, H.-X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355(9212), 1315–1319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)

Galkuté, M., & Miranda, C. (2022). Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado. En *El quehacer de la Salud Pública: Divergencias e inequidades en salud* (pp. 219–234).

Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>

Gascón, S., & Redondo, N. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. En *Serie Análisis, Colección Estudios* (Vol. 7). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36948-calidad-servicios-largo-plazo-personas-adultas-mayores-dependencia>

Gotzmeister, D., Zecevic, A. A., Klinger, L., & Salmoni, A. (2015). People are Getting Lost a Little Bit: Systemic Factors that Contribute to Falls in Community-Dwelling Octogenarians. *Canadian Journal on Aging*, 34(3), 397–410. <https://doi.org/10.1017/S071498081500015X>

Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual. https://www.researchgate.net/publication/242462526_Redес_de_apoyo_social_de_las_personas_mayores_Marco_conceptual

Heidinger, T., & Richter, L. (2020). The Effect of COVID-19 on Loneliness in the Elderly. An Empirical Comparison of Pre-and Peri-Pandemic Loneliness in Community-Dwelling Elderly. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585308>

Heikkinen, R.-L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(3), 239–250. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2003.10.004>

Herrera, M. S., Elgueta, R., Fernández, M. B., Giacomani, C., Leal, D., Marshall, P., Rubio, M., & Bustamante, F. (2021). A longitudinal study monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile before and during the COVID-19 outbreak. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–12.

<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02110-3>

Hogar de Cristo. (s. f.). Evaluación de impacto del Programa de Atención Domiciliaria al Adulto Mayor (PADAM). Informe final.

Hogar de Cristo. (2012). PADAM. Procedimientos y estándares de operación del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor (PADAM).

Hogar de Cristo. (2022). Modelo Técnico Programa de Apoyo Domiciliario al Adulto Mayor (PADAM). Actualización 2022.

Huenchuan, S. (2007). Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas.

Huenchuan, S. (2010). Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales. En *Envejecimiento, género y políticas públicas*.

Huenchuan, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad. En Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe, San José, del 8 al 11 de mayo de 2012. Naciones Unidas, CEPAL.

Huenchuan, S. (2014). “¿Qué más puedo esperar a mi edad?”. Cuidado, derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado. En *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (p. 153).

Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. En S. Huenchuan (Ed.), *Libros de la CEPAL N° 154 (LC/PUB.2018/24-P)*. CEPAL.

Huenchuan, S. (2022). Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores. En Naciones Unidas.

<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/47835>

Huete-García, A., Chaverri-Carvajal, A., & Morales-Romo, N. (2021). El Sistema Para La Autonomía Y Atención a La Dependencia En España (Saad). *Prisma Social*, 32, 25–44. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6312#:~:text=Morales-Romo%2C%20Noelia%3B%20Huete-Garc%3%ADa%2C%20Agust%3%ADn%3B%20Chaverri%20-Carvajal%2C%20Alexander%20%282021%29,de%20mejora%20del%20Sistema%20ha%20sido%20una%20constante>

Imsero. (2022). Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). https://www.imsero.es/imsero_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm

Jaana, M., & Paré, G. (2007). Home telemonitoring of patients with diabetes: a systematic assessment of observed effects. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 242–253. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00686.x>

Joshua, L. (2017). Aging and Long Term Care Systems: A Review of Finance and Governance Arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific. *Social Protection & Labor, World Bank Discussion Paper*, 1705. <https://doi.org/10.1596/28952>

Kahlon, M. K., Aksan, N., Aubrey, R., Clark, N., Cowley-Morillo, M., Jacobs, E. A., Mundhenk, R., Sebastian, K. R., & Tomlinson, S. (2021). Effect of Layperson-Delivered, Empathy-Focused Program of Telephone Calls on Loneliness, Depression, and Anxiety Among Adults During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(6), 616. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0113>

Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>

Kohli, M. (2007). The Institutionalization of the Life Course: Looking Back to Look Ahead. *Research in Human Development*, 4(3–4), 253–271. <https://doi.org/10.1080/15427600701663122>

Krause Jacob, M. (2001). Hacia una redefinición del concepto de comunidad. Cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2), 49–60.

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*, 18(2), 1–239. <https://eurohealthobservatory.who.int/>

publications/i/netherlands-health-system-review-2016

Lehmann, Š., & Havlíková, J. (2015). Predictors of the Availability and Variety of Social Care Services for Older Adults: Comparison of Central European Countries. *Journal of Social Service Research*, 41(1), 113–132. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.959150>

Lehning, A. J., & Greenfield, E. A. (2017). Research on Age-Friendly Community Initiatives: Taking Stock and Moving Forward. *Journal of Housing For the Elderly*, 31(2), 178–192. <https://doi.org/10.1080/02763893.2017.1309937>

Leiva, A., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Petermann-Rocha, F., Cigarroa, I., Díaz, X., & Celis-Morales, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista médica de Chile*, 148(6), 799–809. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>

Letelier, A., Madero-Cabib, I., Undurraga, E. A., & Pérez-Cruz, P. (2021). Lifetime socioeconomic determinants of health trajectories among older adults. *Advances in Life Course Research*, 49(March). <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2021.100415>

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141–2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>

Lewis, C., & Buffel, T. (2020). Aging in place and the places of aging: A longitudinal study. *Journal of Aging Studies*, 54(December 2019), 100870. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100870>

Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1981). Social Support Scales: A Methodological Note. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 73–89. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.1.73>

Madero-Cabib, I., Azar, A., & Pérez-Cruz, P. (2019). Advantages and disadvantages across the life course and health status in old age among women in Chile. *International Journal of Public Health*, 64(8), 1203–1214. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01300-6>

Madero-Cabib, I., & Cabello-Hutt, T. (2022). Complexity in Employment and Coresidential Trajectories Among (Dis)Advantaged Social Groups in Chile. *Social Forces*, 100(3), 1218–1250. <https://doi.org/10.1093/sf/soab084>

Madero-Cabib, I., & Fasang, A. E. (2016). Gendered work–family life courses and financial well-being in retirement. *Advances in Life Course Research*, 27, 43–60. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2015.11.003>

Mah, J. C., Stevens, S. J., Keefe, J. M., Rockwood, K., & Andrew, M. K. (2021). Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02069-1>

Martínez, T. (2015). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención e instrumentos de evaluación. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/33762/TD_TeresaMartinez.pdf.

Mascayano, F., & Gajardo, J. (2018). Ciencia de Implementación en la evaluación de programas y servicios de salud en Chile. *Revista Medica Chile*, 146(Cartas al Editor), 942–946.

Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>

MatusLópez, M. (2015). Pensando en políticas de cuidados del largaduración para América Latina. *Salud Colectiva*, 11(4), 485–496. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.785>

Matus López, M. (2017). Public policies for care for dependent older adults in Latin America: Financing, equity and models. MPRA, 105480. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/105480/1/MPRA_paper_105480.pdf

Matus López, M. (2021a). Difference between dependency care and long-term care. A necessary clarification. MPRA Paper, 107959.

Matus-López, M., & Chaverri-Carvajal, A. (2021). Progress Toward Long-Term Care Protection in Latin America: A National Long-Term Care System in Costa Rica. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.06.021>

Matus-López, M., & Pedraza, C. C. (2014). Cost of a health care system for dependent older adults in Chile, 2012–2020. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 36(1), 31–36.

Matus-López, M., & Terra, F. (2021). The Long-Term Care System in Uruguay. *Social Policy Country Briefs*, CRC 1342(6).

McCormack, B., & McCance, T. (2017). A framework for person-centred practice. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/qut/detail.action?docID=7104324>.

MDSF. (2021). Documento Marco. Propuesta Técnica Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

MDSF. (2023). Informe de Desarrollo Social 2023. <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/ids/Informe-desarrollo-social-2023.pdf>

MDSF, & Minsal. (2019). Yo me cuido y te cuido. Manual para el cuidador de personas mayores en situación de dependencia.

Means, R. (2007). Safe as Houses? Ageing in Place and Vulnerable Older People in the UK. *Social Policy & Administration*, 41(1), 65–85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00539.x>

Medellín, N., Ibararán, P., Matus, M., & Stampini, M. (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. <https://doi.org/10.18235/0001129>

Micare. (2023). Personas cuidadoras y trabajo de cuidado en Chile.

Minguela, M., & Muyor, J. (2019). Modelos de cuidado a personas en situación de dependencia en España. Un análisis desde la Gobernanza pública (2008-2019). *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 27.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2018). Adultos Mayores. Síntesis de Resultados. http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021a). Atención Domiciliaria personas con dependencia severa. Subsecretaría de redes asistenciales, Ministerio de Salud. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2022/PRG2022_3_59207.pdf.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021b). Cuidados Domiciliarios. Servicio Nacional del Adulto Mayor, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2022/PRG2022_3_63331.pdf.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021c). Red Local de Apoyos y Cuidados–SNAC. Subsecretaría de Servicios Sociales, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2022/PRG2022_3_63383.pdf.

Minsal. (2016). Informe de Descripción de Programas Sociales. Más Adultos Mayores Autovalentes.

Minsal. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.

Minsal. (2021). Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/11/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores.pdf>

Miranda, P., Caro, S., Martínez, M., & Kornfeld, R. (2015). Gestionando tu barrio: modelo piloto de servicios sociales especializados territoriales para adultos de 60+ vulnerables.

Molina, H., Sarmiento, L., Aranco, N., & Jara, P. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Chile.pdf>

Mood, C., & Jonsson, J. O. (2016). The Social Consequences of Poverty: An Empirical Test on Longitudinal Data. *Social Indicators Research*, 127(2), 633–652. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0983-9>

Moré, P. (2018). Los límites del cuidado. Organización de la asistencia a domicilio para personas mayores en Madrid y París. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), 086. <https://doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.25>

Muir, T. (2017). Measuring social protection for long-term care. *OECD Health Working Papers*, 93. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/a411500a-en>

Muñoz, C. (2021). Implicancias de las transformaciones en las prácticas familiares y avances hacia la desfamiliarización. En M. Cillero, E. Valenzuela, & J. P. González (Eds.), *Familias, Infancia y Constitución* (pp. 397–426). Thomson Reuters.

Objetiva Consultores. (2020). Estudio de Evaluación del Programa Cuidados Domiciliarios del Servicio Nacional del Adulto Mayor. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Informe_Final_Evaluacion_PCD_Version_Corregida.pdf

Observatorio Envejecimiento. (2020). Mujeres y envejecimiento: Brechas y Desafíos. *Observatorio de Envejecimiento*, 1(2), 26.

Observatorio Social. (2023). Informe de cuidados. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/Informe_de_Cuidados_en_Chile-2023.pdf

OCDE. (2021a). Ageing and Long-term Care. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health policies and data. <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

OCDE. (2021b). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

OCDE. (2023). Long-Term Care Resources and Utilisation. Formal long-term care workers at home. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>

OCDE,&UniónEuropea.(2013).AGoodLifeinOldAge?MonitoringandImproving Quality in Long-term Care (OECD Health Policy Studies). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>

OEA. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

OIT. (2018). El trabajo de cuidados y los trabajadores.

OIT. (2021). World Social Protection Report 2020-2022.

Oliveira Hashiguchi, T. C., & Llena-Nozal, A. (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? OECD Health Working Papers, 117. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/18152015>

OMS. (2007). Ciudades Globales Amigables con los mayores: una Guía.

OMS. (2008). The Solid Facts: Home Care in Europe.

OMS. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría.

OMS. (2016). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020. 9(2011), 1-5.

OMS. (2017). Global strategy and action plan on ageing and health.

OMS. (2019). Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. (2021). Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OMS. (2023a). Age-friendly World.
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/>.

OMS. (2023b). Social determinants of health. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

OMS. (2023c). Social Isolation and Loneliness. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>.

OMS. (2023d). WHO-Coronavirus (COVID-19) Dashboard. COVID-19 cases and deaths with age and sex reported. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieWRiZWVknWUtNmM0Ni00MDAwLTljYWVtN2EwNTM3YjQzYmRmliwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOCovid-S04MTBILTnkYzI4MGFmYjU5MCIslmMiOjh9>.

OMS, & OCDE. (2021). Pricing Long-term Care for Older Persons. OECD Publishing & WHO. <https://doi.org/10.1787/a25246a6-en>

ONU Mujeres, & CEPAL. (2021). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación.
https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/11/HaciaConstruccionSistemaCuidados_15Nov21-v04.pdf

O’Rand, A. M. (1996). The Precious and the Precocious: Understanding Cumulative Disadvantage and Cumulative Advantage Over the Life Course. *The Gerontologist*, 36(2), 230–238. <https://doi.org/10.1093/geront/36.2.230>

Oris, M., Baeriswyl, M., & Ihle, A. (2021). The Life Course Construction of Inequalities in Health and Wealth in Old Age. En F. Rojo-Pérez & G. Fernández-Mayoralas (Eds.), *Handbook of Active Ageing and Quality of Life. International Handbooks of Quality-of-Life* (pp. 97–109). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-58031-5_5

Ortega, I., Sancho, M., & Stampini, M. (2021). Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el Covid 19. Lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios.

Pautassi, L. C. (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos.

Pérez, M., Álvarez, T., Martínez, E., Valdivia, S., Borroto, I., & Pedraza, H. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(1), 38–50.

Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in Older Persons. *Archives of Internal Medicine*, 172(14). <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>

Perracini, M. R., Arias-Casais, N., Thiyagarajan, J. A., Rapson, C., Isaac, V., Ullah, S., Hyobum, J., Sadana, R., & Han, Z. A. (2022). A Recommended Package of Long-Term Care Services to Promote Healthy Ageing Based on a WHO Global Expert Consensus Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(2), 297–303.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.12.019>

Picasso, F., & Perrotta, V. (2023). Experiencias de cuidado hacia las personas mayores en Uruguay: desafíos, tensiones, hibridaciones y articulaciones de la participación de las organizaciones sociales. En E. Acosta & S. Angel (Eds.), *Cuidados y agencia de la sociedad civil en Cuba: aprendizajes internacionales, experiencias locales y desafíos éticos* (pp. 89–107).

PNUD. (2017). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. En *Desiguales* (Vol. 11, Número 3). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Proyecto Nodo. (2021a). Comunidades y entornos rurales en Chile Análisis y perspectivas sobre población mayor (Naciones Unidas, Ed.). <https://proyectonodo.cl/>

ProyectoNodo. (2021b). *Personas mayores y territorios* (Naciones Unidas, Ed.). <https://proyectonodo.cl/>

Pynoos, J. (2018). The Future of Housing for the Elderly: Four Strategies that Can Make a Difference. *Public Policy & Aging Report*, 28(1), 35–38. <https://doi.org/10.1093/ppar/pry006>

Quezada, Daniela; Sepúlveda, C. Rojas. P. (2018). Trabajos sociales y envejecimiento en Chile: una revisión a los lineamientos, metodologías y políticas públicas. UTEM, Cuaderno de Trabajo Social N° 11, 11(1), 1–23. <https://repositorio.utem.cl/bitstream/handle/30081993/1124/cuaderno-de-trabajo-social-n11-2018-Quezada-Rojas-Sepulveda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez, G., Marbán, V., Aguilar, M., Huete, A., Jiménez, A., Martínez, R., Montserrat, J., Ramos, M. C., Sosvilla, S., Vilá, A., & Zalakain, J. (2022). Informe de evaluación del sistema de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD). https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf

Rodriguez, J. (2006). Políticas Públicas con especial referencia a la experiencia y la situación de América Latina. 1–27.

Rodríguez-Garcés, C. R., Padilla-Fuentes, G. B., & Ávila-Bascuñán, J. (2021). Activos, autónomos y contribuyentes: argumentos para la resignificación de las representaciones sociales sobre envejecimiento en Chile. *Revista Cuhso*, 30(2), 203–244. <https://doi.org/10.7770/cuhso.v30i2.1931>

Rosales, L., Monreal, M. V., & Villalobos, P. (2020). Informe final de evaluación de programas gubernamentales (EPG). Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-189329_informe_final.pdf

Rossel, C. (2023). Prestaciones familiares y cuidados de larga duración. Lecciones de Europa y apuestas estratégicas para un Estado de bienestar en América Latina. Documentos de Proyectos, LC/TS.2023/29. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c57b11c7-3045-44c1-8bf1-c76b3a05c9ef/content>

Rubalcava, D. (2019). Historias laborales y seguridad económica en la vejez: el caso México y Chile.

Rubio, M., & Miranda, C. (2017). Centros diurnos para personas mayores, Servicio Nacional del Adulto Mayor: realidad y desafíos a tres años de su implementación. *Propuestas para Chile 2017*, 135–166. https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/otras_eval/2021/EV56210_2.pdf

Ruggiano, N., & Edvardsson, D. (2013). Person-Centeredness in Home- and Community-Based Long-Term Care: Current Challenges and New Directions. *Social Work in Health Care*, 52(9), 846–861. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.827145>

SAAD. (2022). Análisis Explicativo de las Estadísticas mensuales del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. Situación a 30 de abril 2022.

Sanerma, P., Miettinen, S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2020). A client-centered approach in home care for older persons—an integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(4), 369–380. <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517>

Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications.

Senadis. (2023). III Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile 2022. Dependencia y cuidados: Panorama nacional de la situación de dependencia en población adulta y del trabajo de cuidado informal. https://www.senadis.gob.cl/pag/693/2004/iii_estudio_nacional_de_la_discapacidad

Senama. (s. f.). *Envejecimiento Positivo en Chile*.

Senama. (2012a). *Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025*.

Senama. (2012b). *Políticas Públicas para las personas mayores en Chile*. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

Senama. (2021a). *Cuidados Domiciliarios para Personas Mayores*.

Senama. (2021b). *Guía con los principales Beneficios del Estado para las Personas Mayores. Período 2021-2022*.

Senama. (2021c). *Orientaciones técnicas para la implementación del programa. Cuidados domiciliarios para personas mayores*.

Senama. (2023). *Ciudades Amigables*. <https://www.ciudadesamigables.cl/>.

Sepúlveda, M., & Donald, K. (2014). What does care have to do with human rights? Analysing the impact on women’s rights and gender equality. *Gender and Development*, 22(3), 441–457. <https://doi.org/10.1080/13552074.2014.963305>

Setién Santamaría, M. L., & Acosta González, E. (2010). La gestión de la crisis de los cuidados y su relación con la feminización de las migraciones: análisis comparativo de los modelos de España y Chile. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2010.17.4>

Sistema Cuidados Uruguay. (2020). *La construcción del cuarto pilar de la protección social en Uruguay*.

Stampini, M., Oliveri, M. L., Ibarrán, P., Londoño, D., June, R. H., & James, G. (2020). ¿Trabajar menos para cuidar a los padres? Los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina. En Documento De Trabajo Del Bid (Número IDB-WP-1105).

Stones, D., & Gullifer, J. (2016). "At home it's just so much easier to be yourself": Older adults' perceptions of ageing in place. *Ageing and Society*, 36(3), 449–481. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001214>

Szatur-Jaworska, B. (2020). The life course perspective in social gerontology. En *Researching Ageing* (pp. 108–117). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003051169-11>

Thomson, H., Petticrew, M., & Morrison, D. (2002). Housing improvement and health gain: a summary and systematic review. *Database of Abstracts of Reviews of Effects*, 4, 45.

Thumala, D., Kennedy, B. K., Calvo, E., Gonzalez-Billault, C., Zitko, P., Lillo, P., Villagra, R., Ibáñez, A., Assar, R., Andrade, M., & Slachevsky, A. (2017). Aging and Health Policies in Chile: New Agendas for Research. *Health Systems & Reform*, 3(4), 253–260. <https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1353844>

Torrallbo, H. G., & Guizardi, M. (Eds.). (2021). *Las trincheras de los cuidados comunitarios*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. <https://doi.org/10.2307/j.ctv21hrdjf>

Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., & Ducci, M. E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Revista médica de Chile*, 136(3). <https://doi.org/10.4067/S0034-98872008000300007>

Troncoso Miranda, D. (2015). Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: quiénes cuidan y con qué políticas sociales cuentan. *América Latina Hoy*, 71, 83–101. <https://doi.org/10.14201/alh20157183101>

Turner, S., Arthur, G., Lyons, R. A., Weightman, A. L., Mann, M. K., Jones, S. J., John, A., & Lannon, S. (2006). Modification of the home environment for the reduction of injuries. En S. Turner (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003600.pub2>

Turra, C., & Fernandes, F. (2021). La transición demográfica: Oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. *Repositorio CEPAL*, 7–82.

Van Eenoo, L., Declercq, A., Onder, G., Finne-Soveri, H., Garms-Homolová, V., Jónsson, P. V., Dix, O. H. M., Smit, J. H., van Hout, H. P. J., & van der Roest, H. G. (2016). Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe—a review. *The European Journal of Public Health*, 26(2), 213–219. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv152>

van Lier, L. (2021). The Interplay between costs, quality, and organisation of home care in Europe. En Phd Thesis, Universidad de Amsterdam. <https://doi.org/10.1177/0095399713509530>

Villalobos Dintrans, P., Alliende, T., Palacios, J., Contrucci, I., & Browne, J. (2023). Long-term Care in the Agenda: The Case of Chile. *Health Systems & Reform*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/23288604.2022.2163470>

Villalobos, P. (2017). Aging and long-term care in Chile: Challenges in the OECD context. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 41(9), 1–6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.86>

Wellman, B., & Leighton, B. (1979). Networks, Neighborhoods, and Communities. *Urban Affairs Quarterly*, 14(3), 363–390. <https://doi.org/10.1177/107808747901400305>

Wiles, J.L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R.E.S. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357–366. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>

Yarker, S., & Buffel, T. (2022). Involving Socially Excluded Groups in Age-Friendly Programs: The Role of a Spatial Lens and Co-Production Approaches. *Journal of Aging & Social Policy*, 34(2), 254–274. <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2049571>

Yon, Y., Ramiro-Gonzalez, M., Mikton, C. R., Huber, M., & Sethi, D. (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 29(1), 58–67. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>

ANEXOS



A

ANEXO 1: SELECCIÓN DE BENEFICIOS DEL ESTADO PARA LAS PERSONAS MAYORES (SENAMA, 2021B)

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA	MINISTERIO DE SALUD	MINISTERIO DE TRANSPORTES Y TELECOMUNICACIONES
Cuidados Domiciliarios	Incorporación del Alzheimer y otras demencias al Plan AUGE	Tarifa Rebajada Adulto Mayor
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)	Gratuidad desde los 60 años en FONASA	Tarifa Rebajada Adulto Mayor Biotren (BIOBÍO)
Programa Buen Trato al Adulto Mayor	Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM)	Tarifa Rebajada Adulto Mayor Corto Laja (TALCAHUANO)
Defensor Mayor	Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)	Tarifa Rebajada Adulto Mayor Victoria-Temuco
Fono Mayor	Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) con foco en Personas Mayores	Tarjeta Adulto Mayor (TAM) - Metro de Santiago
Centros Diurnos	Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	Tarjeta Adulto Mayor EFE Valparaíso
Condominios de Viviendas Tuteladas	Unidades Geriátricas de Agudos (UGA)	Tarjeta Adulto Mayor EFE Central – Estación Central – Rancagua

Fondo Nacional del Adulto Mayor componente autogestionado	Programa de Rehabilitación Integral	Beneficio Adulto Mayor EFE Central – Tren Talca-Constitución
Vivifrail	Salud Oral Integral del Adulto de 60 años	Tarifa Adulto Mayor EFE Central – Tren Chillán
Envejecimiento Activo	Ley N° 20.850 (Ricarte Soto)	
Escuela de Dirigentes	Más Adultos Mayores Autovalentes	
Programa Voluntariado País de Mayores	Ley de Atención Preferente	
Vínculos	Ley Cenabast	
Comunas Amigables		
Ayudas Técnicas SENADIS		
Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos, FONAPI		
Programa Red Local de Apoyos y Cuidados		

MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL	MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO	MINISTERIO DE ECONOMÍA, FOMENTO Y TURISMO
Pensión Garantizada Universal (PGU)	Sistema Integrado de Subsidio Habitacional-D.S.N°1, (V. y U.), de 2011	Programa Vacaciones Tercera Edad (VTE)
Adulto Digital	D.S.N°10, Programa Rural	Becas de Capital Humano Seniors
Bono Bodas de Oro	D.S. 49 o Fondo Solidario de Elección	Capital Abeja Adulto Mejor
Bono por Hijo	Programa de Mejoramiento de Viviendas y Barrios DS.255 – DS.27	
Bono de Invierno	Arriendo: Programa de Subsidio de Arriendo de Vivienda	
Aguinaldo de Fiestas Patrias		
Aguinaldo de Navidad		
Poderes (Autorización previsión social a través de un apoderado)		
Asignación por Muerte		
Experiencia Mayor		
Subsidio al Empleo: Nuevo Empleo		
Subsidio al Empleo: Línea Regresa y Línea Contrata		

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS	MINISTERIO DE EDUCACIÓN	MINISTERIO DE HACIENDA
Defensa Jurídica Integral para Adultos Mayores	Contigo Aprendo	Pago de Contribuciones

MINISTERIO DE LAS CULTURAS, LAS ARTES Y EL PATRIMONIO	MINISTERIO DEL INTERIOR Y SEGURIDAD PÚBLICA	MINISTERIO DE AGRICULTURA
Biblioredes	Fondo ORASMI	Vive tu Naturaleza
	Pensión de Gracia	Premio a la trayectoria del Concurso Historias de Nuestra Tierra

MINISTERIO DE BIENES NACIONALES	MINISTERIO DEL DEPORTE	BANCO ESTADO
Solicitud de Regularización de Título de Dominio	Adulto Mayor en Movimiento	Cuenta Rut
Circuitos Patrimoniales Adulto Mejor		

ANEXO 2: RESULTADOS CALIFICACIÓN ADECUACIÓN POR RECOMENDACIÓN, PRIMERA FASE RAM

N° Recomendación	Mediana	Promedio	P.70	P.30	IPR= P.70-P.30
1	9	9	9	9	0
2	9	9	9	9	0
3	9	8	9	8	1
4	8	7	9	7	2
5	9	9	9	9	0
6	9	8	9	9	0
7	9	8	9	8	1
8	9	8	9	7	2
9	9	8	9	9	0
10	9	9	9	9	0
11	9	9	9	9	0
12	9	8	9	8	1
13	9	8	9	8	1
14	9	9	9	9	0
15	9	8	9	8	1
16	9	8	9	7	2
17	9	9	9	9	0
18	9	9	9	9	0
19	9	8	9	7	2
20	9	8	9	8	1
21	9	8	9	8	1
22	9	8	9	7	2
23	9	8	9	8	1
24	9	8	9	8	1
25	9	8	9	8	1
26	9	8	9	8	1
27	9	8	9	7	2

IPRCP= (P.70-P.30)/2	AI= IPRCP - Mediana	AI (positivo)	IPRAS= 2,35+(1,5*AI)	IPR-IPRAS	Adecuada
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-7	7	13	-11	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-8	8	14	-12	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-8	8	14	-12	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-8	8	14	-12	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-8	8	14	-12	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-8	8	14	-12	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-8	8	14	-12	sí



N° Recomen-dación	Mediana	Promedio	P.70	P.30	IPR=	P.70-P.30
28	9	8	9	9	0	
29	9	8	9	8	1	
30	9	8	9	8	1	
31	9	8	9	8	1	
32	9	8	9	9	0	
33	9	9	9	9	0	
34	9	8	9	8	1	
35	9	9	9	9	0	
36	9	8	9	8	1	
37	9	8	9	8	1	
38	9	8	9	8	1	
39	9	8	9	9	0	
40	9	8	9	8	1	
41	9	9	9	9	0	
42	9	8	9	8	1	
43	9	8	9	8	1	
44	9	9	9	9	0	
45	9	8	9	9	0	
46	9	8	9	7	2	
47	9	8	9	8	1	
48	9	9	9	9	0	
49	9	8	9	9	0	
50	9	9	9	9	0	
51	9	9	9	9	0	
52	9	9	9	9	0	
53	9	8	9	8	1	
54	9	9	9	9	0	

IPRCP= (P.70-P.30)/2	AI= IPRCP - Mediana	AI (positivo)	IPRAS= 2,35+(1,5*AI)	IPR-IPRAS	Adecuada
0	-9	9	16	-16	sí
1	-8	8	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-8	8	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-8	8	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
1	-9	9	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-8	8	14	-12	sí
1	-9	9	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
0	-9	9	16	-16	sí
1	-9	9	15	-14	sí
0	-9	9	16	-16	sí



ANEXO 3: RESULTADOS CALIFICACIÓN NECESIDAD POR RECOMENDACIÓN, PRIMERA FASE RAM

N° Recomendación	Mediana	Promedio	P.70	P.30	IPR= P.70-P.30
1	9	8	9	7	2
2	9	7	9	5	4
3	5	7	9	5	4
4	5	7	9	5	4
5	7	7	9	5	4
6	9	7	9	5	4
7	9	8	9	9	0
8	5	6	9	5	4
9	9	8	9	5	4
10	9	8	9	9	0
11	9	7	9	5	4
12	5	6	9	5	4
13	5	6	9	5	4
14	9	7	9	5	4
15	9	7	9	5	4
16	5	7	9	5	4
17	9	7	9	5	4
18	9	7	9	5	4
19	9	7	9	5	4
20	9	7	9	5	4
21	5	6	9	5	4
22	5	6	9	5	4
23	9	7	9	5	4
24	5	7	9	5	4
25	9	7	9	5	4
26	5	6	5	5	0
27	9	8	9	7	2

IPRCP= (P.70-P.30)/2	AI= IPRCP - Mediana	AI (positivo)	IPRAS= 2,35+(1,5*AI)	IPR-IPRAS	Necesidad
1	-8	8	14	-12	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-3	3	7	-3	med
2	-5	5	10	-6	inm
2	-7	7	13	-9	inm
0	-9	9	16	-16	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-7	7	13	-9	inm
0	-9	9	16	-16	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-3	3	7	-3	med
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-3	3	7	-3	med
2	-7	7	13	-9	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-7	7	13	-9	inm
0	-5	5	10	-10	med
1	-8	8	14	-12	inm



N° Recomen-dación	Mediana	Promedio	P.70	P.30	IPR=	P.70-P.30
28	9	7	9	5		4
29	9	7	9	5		4
30	9	8	9	5		4
31	9	7	9	5		4
32	9	7	9	5		4
33	9	7	9	5		4
34	9	7	9	5		4
35	9	7	9	5		4
36	9	7	9	5		4
37	9	7	9	5		4
38	9	7	9	5		4
39	9	7	9	5		4
40	9	7	9	5		4
41	5	7	9	5		4
42	5	6	9	5		4
43	5	7	9	5		4
44	5	6	9	5		4
45	9	7	9	5		4
46	9	7	9	5		4
47	7	7	9	5		4
48	9	7	9	5		4
49	9	7	9	5		4
50	9	7	9	5		4
51	5	7	9	5		4
52	9	7	9	5		4
53	9	6	9	5		4
54	9	8	9	9		0

IPRCP= (P.70-P.30)/2	AI= IPRCP - Mediana	AI (positivo)	IPRAS= 2,35+(1,5*AI)	IPR-IPRAS	Necesidad
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-3	3	7	-3	med
2	-3	3	7	-3	med
2	-3	3	7	-3	med
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-5	5	10	-6	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
2	-3	3	7	-3	med
2	-7	7	13	-9	inm
2	-7	7	13	-9	inm
0	-9	9	16	-16	inm



del Dicho

al Derecho

El envejecimiento poblacional se ha convertido en uno de los retos más complejos para las políticas públicas a nivel mundial. Junto a esto, aumentó la demanda por servicios de cuidado de larga duración, principalmente servicios domiciliarios. Para aquellas en situación de pobreza o exclusión, este problema es más grave aún, debido a su mayor riesgo de desarrollar dependencia en la vejez y mayores dificultades para costear los servicios correspondientes.

El presente libro es el resultado de una investigación, realizada por la fundación Hogar de Cristo, sobre los estándares de los servicios de atención domiciliaria de personas mayores con dependencia. Su objetivo es hacer un aporte a la política pública nacional y mejorar sus propios programas de atención domiciliaria. Basado en una revisión de literatura nacional e internacional, un análisis cualitativo y una caracterización cuantitativa de la población mayor en Chile, se elaboraron recomendaciones, las cuales fueron discutidas y aprobadas por un panel de expertos, proponiéndose un modelo de atención domiciliaria para personas mayores con dependencia en Chile.

El libro denuncia una grave vulneración de derechos a miles de personas mayores en el país. El Estado ha abandonado a esas personas, al no realizar acciones que permitan atender de manera integral sus necesidades, poniendo en peligro su vida, dignidad e integridad física, psíquica y moral.

