

Cuidados a largo plazo para personas mayores en Chile: revisión de las políticas públicas

Long-term care for older people in Chile: a review of public policies

María Zegers¹, Magdalena Brahm², Isidora Jiménez¹

Resumen

Introducción: en el contexto de un envejecimiento acelerado e inminente, surge la necesidad de implementar cuidados a largo plazo (CLP). Estos son servicios destinados a satisfacer necesidades de personas con afecciones crónicas, que no pueden cuidarse por sí mismas. El objetivo de esta revisión es describir el escenario actual de los CLP para personas mayores en Chile, y revisar políticas públicas relacionadas, utilizando la experiencia de otros países como referencia. **Métodos:** para describir el escenario actual de los cuidados a largo plazo en Chile, se ingresaron los siguientes términos: "long term care", "elderly" "older adults", "Chile", en tres buscadores (*Pubmed*, *Google Scholar* y *Web of Science*). Luego se realizó una búsqueda sobre políticas públicas de CLP, utilizando los mismos buscadores y los conceptos "long term care", "elderly" y "policies" como palabras clave. La búsqueda incluyó documentos en español e inglés, priorizando aquellos de publicación más reciente y de mayor relevancia para los objetivos de esta revisión. **Resultados:** en Chile casi un cuarto de la población mayor tiene dependencia. El acceso a los beneficios formales de CLP llega a menos del 4% de la población que podría necesitarlos, y para los restantes, los cuidados provienen principalmente de las familias. Hay múltiples decisiones que tomar a la hora de crear políticas públicas sobre CLP. En cuanto a las maneras de brindar servicios, destaca la provisión de beneficios en especie. Respecto a quiénes considerar beneficiarios, la "universalidad focalizada" es un concepto transversal a muchos países. También destacan los buenos resultados de la implementación de un sistema integrado. **Discusión:** en Chile debería extenderse un debate sobre los CLP, ya que es un tema que no ha recibido la atención necesaria e influye a una proporción cada vez mayor de la población.

Palabras clave: cuidados a largo plazo; envejecimiento, políticas públicas; geriatría.

Abstract:

Introduction: In a context of imminent and accelerated ageing the need for long-term care (LTC) arises. These are services designed to satisfy the needs of people with chronic conditions who cannot care for themselves. The objective of this review is to describe the current LTC scenario for older people in Chile and to review related policies, using the experience of other countries as a reference. **Methods:** To describe the current scenario of long-term care in Chile, the following terms were entered: long term care," elderly," older adults," Chile," in Pubmed, Google Scholar, and Web of Science. Then, CLP public policies were searched, using the same search engines and the concepts "long term care", "elderly", and "policies" as keywords. The search included documents in Spanish and English, prioritizing those of the most recent publication and greater relevance to the objectives of this review. **Results:** In Chile, almost a quarter of the elderly population is dependent. Access to formal LTC benefits reaches less than 4% of people that could need them, and for the rest, care comes mainly from families. There are multiple decisions to be made when creating public policies about LTC. Regarding the ways of providing services, the provision of benefits in kind stands out. For those who will be beneficiaries, "targeted universality" is a popular concept across many countries. The good results of the implementation of an integrated system also stand out. **Discussions:** In Chile, a debate on LTC should take place because it is an issue that has not received the necessary attention and affects an increasing proportion of the population.

Keywords: Long-term care; aging; public policy; geriatrics.

Fecha de envío: 2020-11-05 - Fecha de aceptación: 2021-12-17

(1) Escuela de Medicina, Departamento de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

(2) Departamento de Geriatría, Pontificia Universidad Católica de Chile

Autor de correspondencia: dra.mbrahm@gmail.com



Introducción

El envejecimiento es un fenómeno mundial que se ha desarrollado con especial rapidez en Chile (Gasteiger, 2016). A raíz de esto último, se espera que para el 2035 el país tenga la población mayor de 60 años más grande de América Latina. En términos estadísticos, alcanzaría alrededor de un 20% (Matus-Lopez & Cid Pedraza, 2015). Con esta tendencia, se considera que el país está en la última fase de su transición demográfica, caracterizada por bajas tasas de fecundidad y mortalidad, asociada a una alta expectativa de vida (Apella *et al.*, 2019), como es posible apreciar en la figura 1 (CELADE-CEPAL, 2009).

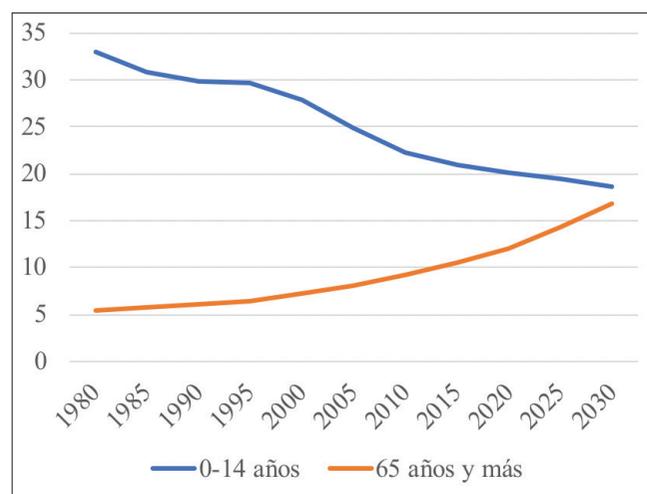


Figura 1: Indicadores de la estructura por edad de la población estimados y proyectados (CELADE-CEPAL, 2009).

La capacidad funcional se refiere a los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que valoran, y ésta tiende a disminuir con la edad (Organización Mundial de la Salud, 2015). De esta manera, un aumento en la edad poblacional puede traer consigo un fuerte incremento en el número de personas con limitaciones en las actividades de la vida diaria y que requieren algún grado de asistencia (Fu *et al.*, 2019; Lehnert *et al.*, 2019). A partir de esta situación, surge la necesidad de implementar un buen sistema de cuidados a largo plazo (CLP) en Chile, por lo que es indispensable revisar políticas públicas que den abasto a este sistema y se ajusten a las necesidades de las personas mayores, junto con la investigación de prácticas que se utilicen en diversos países.

CLP, hace referencia a un grupo de servicios destinados a satisfacer las necesidades —médicas y no médicas— de personas con afecciones o discapacidades crónicas que no pueden cuidarse por sí mismas (Shi & DA, 2015). Asimismo, los CLP apuntan a que las personas con discapacidad funcional (DF) puedan vivir con la mejor calidad de vida, independencia, participación, realización personal y

dignidad posibles (Lehnert *et al.*, 2019). Es más, un acceso equitativo y adecuado a CLP está incluido entre las estrategias propuestas por la Organización Mundial de la Salud, favoreciendo a un envejecimiento saludable para 2030 (World Health Organisation, 2017).

Diversas encuestas sugieren que la prevalencia de DF en Chile oscila entre 15 a 30% (Microdata Center, 2016). Según el estudio nacional de la dependencia en adultos mayores, un 24% de la población mayor de 60 años presenta algún grado de dependencia, y más de la mitad de los dependientes se clasifica como severo (SENA-MA, 2010). Sin embargo, existe variabilidad entre las encuestas, que puede explicarse por la heterogeneidad de las herramientas utilizadas y las distintas definiciones utilizadas en cada encuesta.

Los determinantes sociales de la salud, se entienden como las circunstancias en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen; y que tienen diversas consecuencias en su salud (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Debido a las desiguales condiciones de vida de las personas en Chile, la necesidad de CLP no será la misma entre ellas. Existe evidencia de que las personas mayores de las áreas más vulnerables, tienen un mayor nivel de discapacidad (Fuentes-García *et al.*, 2013) y, por ende, podrían tener una mayor necesidad de CLP. Por ejemplo, en Chile la proporción de hogares con al menos un miembro mayor con DF es diez puntos porcentuales más alta en el quintil de ingresos más pobres que en el quintil más rico (CASEN, 2017).

Por otro lado, en el contexto actual de la pandemia por COVID-19, ha quedado expuesta la vulnerabilidad del sistema de CLP en Chile. Los establecimientos de larga estadía para el adulto mayor han sido particularmente vulnerables a esta enfermedad. A modo de ejemplo, al 29 de mayo se habían producido más de 800 casos de residentes COVID-19 positivo, de los cuales 141 fallecieron. En ese momento, estas muertes representaban el 22% del total de muertes por COVID-19 en el país (Browne *et al.*, 2020).

Los objetivos de esta revisión son dos: describir el escenario actual de los CLP en Chile, y usar la experiencia internacional para presentar distintas opciones que podrían permitir aumentar los servicios de CLP en el país, así como el acceso a ellos.

Materiales y métodos

Para cumplir el primer objetivo de describir el escenario actual de los cuidados a largo plazo en Chile, se ingresaron los siguientes términos: “long term care”, “elderly”, “older adults”, “Chile”, en tres buscadores (Pubmed, Google Scholar y Web of Science). Para lograr el segundo objetivo de presentar propuestas políticas que permitan aumentar los servicios de CLP en el país, se realizó una búsqueda de estudios sobre políticas públicas de CLP, el cual se generó a

partir de una búsqueda en línea (*Pubmed, Google Scholar y Web of Science*), utilizando los conceptos “*long term care*”, “*elderly*” y “*policies*” como palabras clave. La búsqueda incluyó documentos en español e inglés, y publicados hace máximo 20 años, priorizando aquellos de publicación más reciente. Dos de las autoras verificaron de forma independiente la elegibilidad de los documentos obtenidos, mediante los títulos y *abstracts*, seleccionando los estudios más atingentes a los objetivos planteados.

Resultados

Cuidados a largo plazo en Chile hoy

Los CLP en Chile son proporcionados principalmente por el gobierno central, específicamente por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud. Los servicios ofrecidos están dirigidos a las personas más vulnerables, sujetas a estrictas reglas de elegibilidad, carecen de apoyo de infraestructura y ofrecen una baja cobertura de atención (Arce *et al.*, 2017). El país cuenta principalmente con instituciones de atención de largo plazo, centros de día y servicios de atención domiciliaria. Los centros de día ofrecen servicios sanitarios, y actividades socioculturales durante el día; y la atención domiciliaria ofrece servicios de apoyo y acompañamiento a las actividades diarias de las personas mayores en sus propios hogares (Matus-Lopez & Cid Pedraza, 2015).

El Ministerio de Desarrollo Social brinda servicios casi exclusivamente a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Este último fue creado el año 2002, con el fin de fomentar la integración de las personas mayores y articular una red de servicios para aquellos en situación de vulnerabilidad o dependencia (SENAMA, 2020). Este ministerio también da a los cuidadores de personas con dependencia severa la posibilidad de acceder a un estipendio, sin embargo, el monto máximo mensual no sobrepasa los treinta mil pesos chilenos (ChileAtiende, 2019). El Ministerio de Salud, a través de los municipios, supervisa los centros de atención primaria de salud y la prestación de servicios médicos a los hogares, tales como atención de enfermería en el domicilio o la capacitación básica para cuidadores informales (SENAMA, 2010).

Respecto a las residencias para personas mayores que requieren de un ambiente protegido y cuidados diferenciados, existen los llamados Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Se diferencian 2 tipos: privados con fines de lucro, contabilizados en 478 establecimientos y entidades sin fines de lucro, con 248 establecimientos registrados. Las segundas incluyen entidades de derecho público, fundaciones, corporaciones y congregaciones religiosas. Del total de ELEAM incluidos en el catastro nacional realizado el año 2013, un 47% se ubicaban en la Región Metropolitana

(SENAMA, 2013). Además, hay un número desconocido que trabaja sin autorización, que se estima en 200 instalaciones (Browne *et al.*, 2020). Las entidades de derecho público representan sólo un 2,6% del total de los establecimientos del país, en las cuales se atienden aproximadamente 1500 personas (SENAMA, 2013). En esta misma línea, el número de personas que se benefician de los servicios residenciales públicos no ha aumentado significativamente desde 2014 (DIPRES, 2015). Para aquellos que no pueden acceder a un ELEAM, los CLP provienen casi exclusivamente de las familias (Gascón & Redondo, 2014). Un 90% de las personas mayores chilenas que necesitan CLP, reciben atención informal de cuidadores no remunerados, amigos, familiares u otros (CASEN, 2017), de los cuales un 86% son mujeres (SENAMA, 2010).

Respecto al financiamiento de los CLP en Chile, entre 2012 y 2013 fue el último aumento significativo del presupuesto destinado al SENAMA, el cual recibe un 0,07% del presupuesto del gobierno central (Villalobos, 2017). El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el principal seguro de salud en Chile, especialmente entre las personas de mayor edad y menores ingresos (CASEN, 2017). Éste depende del Ministerio de Salud y financia los servicios médicos de CLP que presta el mismo.

La mayor parte de los fondos de los CLP proviene de SENAMA. Del presupuesto total de este organismo, un 60% se destina a la atención residencial, que como se mencionó anteriormente, tiene una cobertura mínima (Matus-López & Pedraza, 2014). En 2016, se asignó a SENAMA una proporción del presupuesto del gobierno central equivalente al 0,07% del PIB, mientras que, para implementar iniciativas efectivas de CLP en Chile, se necesita una asignación del 0,45% del PIB (Matus-López & Pedraza, 2014). Como referencia, la inversión en CLP entre los países de la OCDE constituye en promedio un 1,5% del PIB (Caruso *et al.*, 2017).

Políticas de cuidados a largo plazo

Para lograr efectos sobre problemas complejos como los CLP, se requiere más de una sola intervención (Rutter *et al.*, 2017). Al decidir sobre políticas de CLP se deben tomar muchas decisiones, tales como definir quiénes serán los beneficiarios, de qué manera se brindarán los beneficios, cómo se financiarán los programas, si favorecer un sistema integrado de CLP, entre otras. A continuación, se desarrollarán distintas maneras posibles de enfrentar estas problemáticas, junto a referencias a la experiencia internacional.

En primer lugar, es preciso definir los beneficiarios a quienes los CLP irán dirigidos, donde es posible categorizar el acceso como universal o focalizado. Casi todos los países de la OCDE han optado por un acceso universal, a excepción de Italia, Estados Unidos y Reino

Unido, los cuales han sido ampliamente criticados (Matus-López, 2015). Al optar por la universalidad, existen elementos que permiten focalizar los esfuerzos hacia los más necesitados. Por ejemplo, definir un nivel de dependencia desde el cual se incluirán como beneficiarios, utilizando índices como Katz o Barthel. Esta mezcla entre acceso universal y focalizado se denomina “universalidad focalizada” (Matus-López, 2015). No solo es posible “focalizar” la asistencia hacia los más dependientes, sino también hacia los más pobres. En muchos países, tales como Suecia, Noruega, Alemania, Japón y Corea del Sur cualquier persona con necesidad de CLP es asistida, sin importar su ingreso. Sin embargo, los copagos y deducibles tienen un límite según ingresos, con el objetivo de proteger a la gente con menos recursos (Swartz, 2013). Es por esto que, la universalidad podría ser la mejor manera de movilizar apoyo y evitar la estigmatización de programas exclusivamente para los más pobres, los cuales se enfrentan a ser de baja calidad (World Health Organisation, 2003).

En segundo lugar, al decidir políticas de CLP, es preciso definir la forma en que se brindarán los servicios, conforme a aumentar el acceso de quienes lo necesitan con urgencia. Los países de la OCDE, han definido dos estrategias políticas para aumentar los servicios y el acceso a los CLP: la provisión de beneficios en especie y la asignación de beneficios en efectivo (Jorens *et al.*, 2011).

El primero, se refiere a servicios que se pueden brindar, como los servicios a domicilio. Mientras que el segundo, se refiere a los subsidios financieros o a la admisión a instituciones residenciales que brindan atención formal (Villalobos, 2017). Cada uno tiene sus ventajas y desventajas (Tabla 1), que se describen a continuación.

Por un lado, los beneficios en especie garantizan la calidad de la atención, dejando en manos del gobierno la elección y administración de servicios profesionales. En segundo lugar, se reducen las desigualdades socioeconómicas, ya que los grupos de bajos ingresos con mayor frecuencia deben brindar atención informal, privándose de la posibilidad de trabajar. De la misma manera, la desigualdad de género de los cuidadores informales también se resuelve (Arce *et al.*, 2017). Además, las familias pueden acceder a la atención formal y lidiar con la creciente dificultad de extender el tiempo dedicado a brindar dicha atención. Sin embargo, la prestación de beneficios en especie también tiene sus desventajas. Los cuidadores pueden optar por quedarse con sus familiares o no, y algunos servicios se pueden proporcionar en instituciones, lo que llevaría a las personas mayores a irse de sus hogares. Por último, los beneficios no se pueden exportar a otros países o áreas de residencia (Gascón & Redondo, 2014; CASEN, 2017).

Tabla 1: Ventajas y desventajas de las estrategias políticas de CLP

	Beneficios CLP en especie	Beneficios CLP en efectivo
Definición	Se refiere a servicios recibidos del estado. Ejemplo: ELEM de derecho público	Se refiere a beneficios monetarios recibidos del estado. Ejemplo: estipendio del Ministerio de Desarrollo Social a cuidadores de personas con dependencia severa.
Ventajas	Mayor calidad y servicios profesionales. Fácil contacto con otros servicios de atención médica. Ayuda profesional para administrar los servicios asistenciales. La atención informal (principalmente mujeres) puede trabajar. Principalmente enfocado en familias de personas con CLP.	Atención domiciliaria, mantener juntos al miembro del hogar. Autoadministración de servicios (libre elección). Los beneficios de atención se pueden exportar (otros países o áreas) Fácil de implementar (no es necesario aumentar la infraestructura)
Desventajas	La atención puede proporcionarse en residencias (los adultos mayores pueden irse de sus casas). Separación de los miembros del hogar. Los servicios no se pueden exportar a otros países de residencia.	El dinero puede ser usado para otro propósito. Riesgo de crear empleos informales (monetizar las relaciones familiares). No garantiza que la calidad de la atención sea adecuada. Se necesita capacitación de los cuidadores informales. Se podría mantener una alta participación de las mujeres en la atención. Principalmente enfocado en individuos con CLP

Como se expuso anteriormente, la segunda estrategia política corresponde a beneficios en efectivo. Con esta estrategia política, los beneficiarios son capaces de elegir y auto administrar los servicios que necesitan, con poca o ninguna interferencia de las autoridades públicas (Rodrigues & Schmidt, 2010). Asimismo, es más fácil de implementar, ya que no es necesario aumentar la infraestructura. Por otro lado, la posibilidad de asistencia domiciliaria permite mantener juntos a los miembros del hogar. Además, los beneficiarios no necesitarían usar sus pensiones para pagar una residencia. En cuanto a las desventajas, cabe mencionar que el dinero facilitado puede ser usado con otro propósito, y existe el riesgo de que aparezcan cuidadores informales cuya calidad de atención no sea la adecuada (Rodrigues & Schmidt, 2010; Villalobos, 2017; Lehnert *et al.* 2019). Igualmente, una dependencia excesiva de la ayuda monetaria, principalmente cuando los beneficios en especie no están disponibles (como en la experiencia de Italia) o no se pueden pagar (como en la experiencia de España), presentan el riesgo de dejar a personas sin atención alguna (World Health Organisation, 2003).

La mayoría de los países de la OCDE ha implementado un sistema mixto en el que se proporcionan beneficios en especie y en efectivo. Sin embargo, esta medida tiende a ser descoordinada y asignada a múltiples organizaciones (Jorens *et al.*, 2011). Bajo esta estructura, algunos países (por ejemplo, Estonia, Francia, Islandia y Letonia) brindan beneficios en especie, implementando proveedores mixtos para mejorar la organización del sistema (Jorens *et al.*, 2011). La evidencia ha demostrado que proporcionar beneficios en especie, está asociado con el progreso en los sistemas de salud (Rodrigues & Schmidt, 2010). De otra forma, los beneficios en efectivo conllevan un enfoque más eficiente para el estado (Rodrigues & Schmidt, 2010), porque se pueden decidir montos fijos con los cuales elegir servicios de diferentes precios (Incise Health, 2018). A pesar de ello, en general no constituye un programa que pueda pagar todos los tipos de CLP (World Health Organisation, 2003), logrando proporcionar apoyo parcial a una proporción más significativa de personas. Por ejemplo, Alemania permitió a las personas elegir beneficios, pero les asignó un monto en efectivo menor que el beneficio en especie similar (Robertson *et al.*, 2014).

El problema del financiamiento, ha sido señalado como el de mayor prioridad para los responsables de los CLP, ya que el aumento en los gastos y sus proyecciones son alarmantes (Matus-López, 2015; Duan-Porter *et al.*, 2020). Es una materia de urgencia, ya que la mayoría de los países no están preparados para responder a los costos de asistir una población envejecida que va creciendo (Swartz, 2013). En la actualidad, existen básicamente cuatro fuentes de financiamiento de los CLP; los impuestos generales, las contribuciones, los seguros privados y los copagos. La evi-

dencia se inclina a favor de los impuestos y contribuciones, y la mayor parte de los países financian sus sistemas públicos con impuestos generales (Matus-López, 2015). Estos tienen la ventaja de ser proporcionales a los recursos del país (Swartz, 2013). Respecto a las contribuciones, se adoptan como una forma de seguro obligatorio para abordar un “riesgo de vida normal”, ya que la naturaleza potencialmente catastrófica de los costos de CLP puede resultar en que amplios segmentos de la población tengan dificultades para pagarlos, y una vez que agoten sus recursos, se conviertan en una carga para el estado (World Health Organisation, 2003). La incertidumbre sobre cuánto costarán los CLP en el futuro ha llevado a países, como Japón, a adelantar la edad desde la cual se contribuye desde los 40 a los 20 años; y a otros países como Alemania a aumentar el porcentaje de las contribuciones (Swartz, 2013).

En los últimos años, han ganado peso posturas a favor de ampliar los copagos y los seguros individuales. Hoy, los copagos están presentes en más de la mitad de los modelos existentes. No obstante, se pueden generar incentivos para aplazar la demanda de CLP, hacia un futuro de mayor complejidad y costo. En cuanto a los seguros privados individuales, la existencia de un riesgo catastrófico a largo plazo lleva a generar fallos de mercado como asimetrías de información y selección adversa. Frente a ello, las aseguradoras elevan las primas y reducen las coberturas, lo que deriva en bajos incentivos a su contratación (Matus-López, 2015).

Bajo estas circunstancias, surge la necesidad de llevar al máximo la eficiencia de los recursos y mejorar la productividad. Con este fin, algunos países como Finlandia, Suecia y Dinamarca ofrecen *vouchers* para que los beneficiarios puedan elegir entre proveedores, introduciendo competencia laboral. Lo anterior, sin perder el enfoque preventivo y de un envejecimiento saludable (Llena-Nozal *et al.*, 2011).

Por último, la integración de la atención médica y los servicios sociales, se considera una variable importante en el diseño y funcionamiento de sistemas eficientes de CLP. Quienes brindan asistencia, deben hacerlo junto a los proveedores de salud y deben tener un conjunto de objetivos en común. Por ejemplo, los cuidadores deben ser sensibilizados para detectar signos tempranos de cambio de estado de la persona mayor e intervenir a tiempo. Países como Dinamarca, Alemania, los Países Bajos y Suecia, están en proceso de desarrollar sistemas de CLP más integrados, siguiendo una serie de direcciones comunes. Tales como, la consolidación administrativa, ubicación conjunta de servicios, redes de atención, gestión de casos, cadenas de atención y viviendas enriquecidas en servicios, con un impacto significativo (World Health Organisation, 2003). Una atención integral a la persona mayor, puede disminuir

la incidencia de deterioro funcional, aumentar los sentimientos de empoderamiento y satisfacción, y traer beneficios al sistema de salud mediante un uso más apropiado del servicio de urgencias con menos consultas a especialistas (Stewart *et al.*, 2013).

Discusión

El primer objetivo de esta revisión era describir el escenario actual de los CLP en Chile. Al respecto, cabe mencionar que Chile ha construido un modelo frágil de CLP, limitado por la falta de acceso y de recursos. Hasta el momento, el país se ha centrado solo en las personas con DF severa, descuidando otros grupos.

El segundo objetivo de esta revisión era usar la experiencia internacional para presentar opciones que permitirían aumentar los servicios de CLP en el país, así como el acceso a ellos. Respecto a la decisión sobre quiénes incluir como beneficiarios, destaca el concepto de la universalidad focalizada. En cuanto a las maneras de brindar la ayuda, cabe destacar la posibilidad de proveer beneficios en especie en nuestro país (World Health Organisation, 2003). Dicha política, aumentaría el bienestar de las personas mayores y sus familias, promovería intervenciones individuales y reduciría una mayor dependencia, aliviando así la carga sobre los cuidadores informales, y estableciendo estándares de calidad de los CLP.

Una de las mayores problemáticas sobre las políticas de CLP, ha sido el financiamiento de los programas. En nuestro país, se acentúa la urgencia de ampliar las bases de financiamiento y buscar maneras de optimizar los servicios. Por último, en distintos países se ha descrito que favorecer un sistema integrado de CLP lleva a mejores resultados.

Dentro de las limitaciones de esta revisión, cabe mencionar que no se realizó de manera sistemática, priorizando según el criterio de los autores los artículos de mayor relevancia. Por otro lado, ha quedado patente la falta de evidencia disponible y la necesidad de generar más información al respecto, especialmente con cifras de nuestro país.

Conclusión

El problema de los CLP es complejo, y a la hora de generar políticas relacionadas existen múltiples alternativas. En un contexto de envejecimiento acelerado e inminente, Chile debería dedicarse a iniciar debates sobre las reformas de los CLP, ya que este tema no ha recibido la atención que necesita e influye a una proporción cada vez mayor de la población.

Reconocimientos

Sin fuente de financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- Apella A, Packard T, Joubert C. & Zumaeta M. (2019). Retos y Oportunidades del envejecimiento en Chile. *World Bank* **2**, 59-63. Accedido en: <https://documents1.worldbank.org/curated/es/591471558704698806/pdf/Retos-y-Oportunidades-del-Envejecimiento-en-Chile.pdf> 13 de agosto de 2020.
- Arce P, Cerón G, González F, Guerrero M. & Pinto S. (2017). *Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II Estudio Nacional de la Discapacidad*. 21. Accedido en: <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/5058> el 10 de septiembre de 2020.
- Browne J, Fasce G, Pineda I. & Villalobos P. (2020). Policy response to COVID-19 in Long-Term Care Facilities in Chile. *LTCcovid.Org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, July*, 1-13. Accedido en: https://www.academia.edu/43724256/Policy_response_to_COVID-19_in_Long-Term_Care_Facilities_in_Chile 12 de septiembre de 2020.
- Caruso M, Galianai S. & Ibarrarán P. (2017). ¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas y de políticas. *Banco Interamericano de Desarrollo*. Accedido en: <http://www.iadb.org> 20 de septiembre de 2020.
- CASEN. (2017). Adultos Mayores: Síntesis de Resultados. En *Observatorio Social*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- CELADE-CEPAL. (2009). *Proyección de población Population Projection*, ed. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, pp 58-61.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Social Determinants of Health | CDC*. Accedido en: <https://www.cdc.gov/socialdeterminants/> el 05 de junio de 2020.
- ChileAtiende. (2019). Programa de pago de cuidadores de personas con discapacidad (estipendio). *ChileAtiende*. Accedido en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/49627-programa-de-pago-de-cuidadores-de-personas-con-discapacidad-estipendio> el 21 de septiembre de 2020.
- DIPRES. (2015). *Evaluación Programas Gubernamentales (EPG) Informe final programa fondo de Servicios de Atención al Adulto Mayor. Santiago de Chile 2015. Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile*, pp 1-194.
- Duan-Porter W, Ullman K, Rosebush C, McKenzie L, Ensrud KE, Ratner E, Greer N, Shippee T, Gaugler JE. & Wilt, T. J. (2020). Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments—a Systematic Review of Reviews. *Journal of General Internal Medicine* **35**, 2118-2129.

- Fu L, Sun Z, He L, Liu F. & Jing X. (2019). Global long-term care research: A scientometric review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **16**.
- Fuentes-García, A, Sánchez H, Lera L. Cea X. & Albala, C. (2013). Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gaceta Sanitaria*, **27**, 226–232.
- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. *Serie Políticas Sociales CEPAL* **207**, 17-25.
- Incisive Health. (2018). An international comparison of long-term care funding and outcomes: insights for the social care green paper. *Incisive Health*, 1–49. Accedido en: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/care--support/rb_aug18_international_comparison_of_social_care_funding_and_outcomes.pdf 13 de agosto de 2020.
- Jorens Y, Spiegel B, Fillon J. & Fuchs M. (2011). Coordination of Long-term Care Benefits - current situation and future prospects: think tank report 2011, ed Ghent University, Department of Social Law, Ghent, Belgium. Pp 18-21.
- Lehnert T, Heuchert M, Hussain K. & König HH. (2019). Stated preferences for long-term care: A literature review. *Ageing and Society* **39**, 1873–1913.
- Llena-Nozal, Mercier A, J., & Tjadens, F. (2011). Why should family carers be supported? And how?. En *Help Wanted?: Providing and Paying for What will be the effects of growing need for long-term care*, ed OECD Publishing, pp. 13-14.
- Matus-López M. (2015). Tendencias en las políticas de atención a la dependencia de ancianos y sus reformas. *Cadernos de Saúde Pública* **31**, 2475–2481.
- Matus-Lopez, M., & Cid Pedraza, C. (2015). Building Long-Term Care Policies in Latin America: New Programs in Chile. *Journal of the American Medical Directors Association* **16**, 900.e7-900.e10.
- Matus-López M. & Pedraza CC. (2014). [Cost of a health care system for dependent older adults in Chile, 2012-2020]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health* **36**, 31–36.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020). *Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)*. Accedido en: <http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/programas-sociales/adultos-mayores/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam> el 09 de agosto de 2020.
- OECD. (2018). OECD Chile - Economic forecast summary [Internet]. 2018. Accedido en: <http://www.oecd.org/economy/chile-economic-forecast-summary.htm>. el 10 de agosto de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Accedido en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=34A5A3E1708E91972F78C38180D8733E?sequence=1 el 10 de agosto de 2020.
- Robertson R, Gregory S. & Jabbal J. (2014). *The social care and health systems of nine countries*. Accedido en: http://www.commed.vcu.edu/IntroPH/Community_Assessment/2014/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf el 10 de agosto de 2020.
- Rodrigues R, Schmidt A. (2010). *Paying for Long-term Care - European Centre, Policy Brief. 2010;(September)*.
- Rutter H, Savona N, Glonti K, Bibby J, Cummins S, Finegood DT, et al. (2017). The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet* **390**, 2602–4
- SENAMA. (2013). Estudio de actualización del catastro de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM). Santiago de Chile; 2013.
- SENAMA. (2020). | *SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Accedido en: <http://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor> el 08 de junio de 2020.
- SENAMA. (2010). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Accedido en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf> el 13 de agosto de 2020
- Shi L. & DA. S. (2015). *Essentials of the U.S. healthcare system*. Jones & Bartlett Publishers, United States of America.
- Stewart MJ, Georgiou A. & Westbrook JI. (2013). Successfully integrating aged care services: A review of the evidence and tools emerging from a long-term care program. *International Journal of Integrated Care* **22**, 13:e003.
- Swartz K. (2013). Searching for a Balance of Responsibilities: OECD Countries' Changing Elderly Assistance Policies. *Annual Review of Public Health* **34**, 397–412.
- United States CENSUS BUREAU (2016). An Aging World: 2015 International Population Reports, ed U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on aging. Pp 122-124.

Villalobos P. (2017). Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública* **41**, 1–6.

World Health Organisation. (2003). *KEY POLICY ISSUES IN LONG-TERM CARE* World Health Organization. Accedido en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc.pdf el 13 de agosto de 2020.

World Health Organisation. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Accedido en: <http://apps.who.int/bookorders> el 15 de agosto de 2020.