

EL SEGURO DE DEPENDENCIA EN CHILE Y LOS MODELOS DE ATENCIÓN QUE INCORPORA LA LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS*

DEPENDENCY INSURANCE IN CHILE AND HEALTH CARE MODELS INCORPORATED BY THE PALLIATIVE CARES LAW

MARCELO BARRIENTOS ZAMORANO¹

HOMERO RAFAEL GAC ESPÍNOLA²

ISABELLE BEAUDRY³

ADRIANA VILLAMIZAR RIVERA⁴

RESUMEN: La dependencia es un fenómeno cada día más común debido al aumento de la expectativa de vida y, por lo tanto, del grupo poblacional etario que comprende a las personas mayores. El riesgo de su ocurrencia es soportado por las comunidades en que se insertan las personas en situación de dependencia, lo que le otorga un carácter social. El seguro de dependencia, en este sentido, surge como una alternativa para garantizar la calidad de vida de las personas dependientes, entre las que se encuentran las personas en situación de requerir cuidados paliativos. El estudio realiza un análisis cualitativo de pólizas que comprenden aspectos del seguro de dependencia y uno cuantitativo de la Encuesta de Protección Social (EPS) de 2019-2020 realizada por el Ministerio Trabajo y Previsión Social, para revisar la pertinencia de un seguro de dependencia en vista a las prestaciones garantizadas en la Ley de Cuidados Paliativos.

Palabras clave: seguro de dependencia, cuidados paliativos, adultos mayores.

ABSTRACT: Dependency is an increasingly common phenomenon due to the increase in life expectancy and, therefore, in the age population group that includes the elderly. The risk of

* Este artículo es realizado en el marco de las “Ayudas a la investigación Ignacio H. Larramendi de la Fundación MAPFRE”, en el proyecto “Análisis para la implementación de un seguro de dependencia en Chile: deterioro cognitivo y realidad nacional”. Esta investigación utilizó información de la Encuesta de Protección Social. Los autores agradecen a la Subsecretaría de Previsión Social, propietaria intelectual de la Encuesta, la autorización para usar la Base de Datos Innominada. Todos los resultados del estudio son de responsabilidad de los autores y en nada comprometen a dicha Subsecretaría.

¹ Doctor en Derecho con mención “Doctor Europeus”, Universidad de Salamanca, España. Magíster en Derecho de la Empresa, Pontificia Universidad Católica de Chile. Abogado. Dirección postal: Avenida Libertador Bernardo O’Higgins 340, Santiago. Correo electrónico: mhbz@uc.cl. Número Orcid: 0000-0002-9529-5512.

² Médico Cirujano, Universidad de Chile. Especialista en Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. Especialista en Geriátrica, Hospital Virgen del Valle Toledo, España. Facultad de Medicina UC. Dirección Postal: Clínica San Carlos de Apoquindo, Camino el Alba 1235. Número Orcid: 0000-0001-9561-845X. Correo electrónico: hgac@med.puc.cl.

³ Ph.D. Mathematics (Statistics track)-University of Massachusetts Amherst. Mount Holyoke College, Dirección postal: Department of Mathematics and Statistics, 50 College Street, South Hadley. Número Orcid: 0000-0001-7550-5570. Correo electrónico: isabelle.beaudry@mat.uc.cl.

⁴ Candidata a doctora en Derecho, Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinadora de Investigación, Centro de Riesgos y Seguros UC. Dirección postal: Avenida Libertador Bernardo O’Higgins 340, Santiago. Dirección electrónica: avillamizar@uc.cl. Número Orcid: 0000-0001-7693-6989.

its occurrence is borne by the communities in which people in a situation of dependency are inserted, which gives it a social character. Dependency insurance, in this sense, emerges as an alternative to guarantee the quality of life of dependent people, among whom are people in a situation of requiring palliative care. The study carries out a qualitative analysis of policies that include aspects of dependency insurance and a quantitative one of the 2019-2020 Social Protection Survey (EPS) carried out by the Ministry of Labor and Social Welfare, to review the relevance of dependency insurance in views of the benefits guaranteed in the Palliative Care Law.

Keywords: dependency insurance, palliative care, older adults.

I. EL SEGURO DE DEPENDENCIA: PROYECTOS Y DESAFÍOS

El envejecimiento progresivo de la población en Chile –que ha supuesto un aumento proporcional del grupo de personas mayores de 60 años y que se condice con un aumento de la expectativa de vida a casi 80 años⁵– hace surgir nuevos desafíos en relación con la prestación de apoyos y servicios sociosanitarios y su financiamiento. En datos, se proyecta que el ritmo de envejecimiento poblacional en Chile produzca que para el año 2038 el 20% de la población nacional esté compuesta por adultos de sobre 65 años⁶ y por un 30% para el año 2050⁷.

El envejecimiento, como un proceso natural, se asocia con el deterioro físico y mental de las personas, de forma que la persona mayor se encontrará en un estado de dependencia⁸ y con ello, se incrementarán los gastos en salud y, particularmente, en apoyos para el cuidado. El deterioro funcional del organismo, producto de diferentes factores patológicos e incluso del envejecimiento no patológico, deviene en la necesidad de apoyos por parte de terceros para realizar las actividades cotidianas e interactuar con el medio⁹. En este sentido, se ha vuelto una necesidad la implementación de nuevas formas de seguros que ayuden a garantizar una atención más eficaz a las personas que comienzan a tener grados de pérdidas progresivas de autonomía o que necesitan de la ayuda de otras personas para realizar actividades de la vida cotidiana¹⁰.

⁵ ALBALA (2020) p. 7.

⁶ VILLALOBOS (2017).

⁷ LEIVA y otros (2020) p. 800.

⁸ VILLALOBOS (2017).

⁹ MINISTERIO DE SALUD (2009) p. 11.

¹⁰ Es innegable cierta similitud de este tipo de seguros de dependencia con aquellos llamados de asistencia, tales como los seguros de viaje y las coberturas complementarias asociadas a este tipo de productos, que se reflejan, por ejemplo, en la póliza de seguro de asistencia a personas en viaje, incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 2 10 076. En ella se señala que: “Mediante este seguro, la compañía se obliga a pagar las indemnizaciones y a efectuar las prestaciones que esta póliza contempla en favor de las personas aseguradas, respecto de una o varias contingencias que puedan sufrir durante un viaje y que se describen en este contrato de seguro.” Estas contingencias incluyen, entre otros, localización y transporte de los equipajes y efectos personales; envío de medicamentos fuera de Chile; prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad; incluyendo prestaciones a favor del cónyuge, ascendientes y descendientes en primer grado de la persona asegurada, siempre que residan junto con ella y vivan a sus expensas, aunque viajen por separado y en cualquier medio de locomoción.

El seguro de dependencia ha surgido a nivel mundial como una forma de morigerar los costos asociados al envejecimiento poblacional y la necesidad de cuidados a largo plazo. En este sentido, esta investigación pretende analizar las características del Seguro de Dependencia como una alternativa para garantizar los cuidados de personas mayores dependientes y, particularmente, respecto de las garantías que incorpora la Ley de Cuidados Paliativos¹¹.

Para ello, se revisan las necesidades de este grupo etario, los proyectos existentes, la oferta que actualmente existe en las aseguradoras respecto a estas necesidades y los conceptos empleados y, finalmente, cómo dialoga la ley de cuidados paliativos con las necesidades de cuidado. A su vez, se ha realizado un análisis cualitativo de pólizas que comprenden aspectos del seguro de dependencia, todas depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero. Para respaldar la necesidad de un seguro integral de dependencia en Chile, hemos examinado los datos de la Encuesta de Protección Social (EPS) de 2019-2020 realizada por el Ministerio Trabajo y Previsión Social¹². En particular, hemos realizado un análisis descriptivo de los datos recogidos de forma presencial desde el 14 de diciembre de 2019 hasta el 22 de marzo de 2020. En esta fase de recogida de datos se aplicaron válidamente un total de 8655 encuestas. En nuestro análisis, hemos considerado únicamente a las 7800 personas que estaban vivas en el momento de la recogida de datos, es decir, hemos excluido a los familiares sobrevivientes de entrevistados fallecidos, y cuestionarios aplicados a cuidadores y curadores de personas impedidas de dar una declaración válida conforme a las normas vigentes, cuyos resultados se exponen en las tablas que acompañan diferentes apartados.

1. LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE

La evaluación de la dependencia es realizada por profesionales de la salud. Entre los criterios utilizados para medirla se considera el carácter permanente o de larga duración de los apoyos para realizar tareas como bañarse, alimentarse, vestirse o salir de su casa sin compañía, entre otras¹³. Bajo estos parámetros, la dependencia puede ser clasificada de acuerdo con el número y tipo de limitaciones funcionales entre leve, moderado y severo¹⁴. Para medirla se emplea “un instrumento validado (Evaluación Funcional del Adulto Mayor, EFAM-Chile), que se aplica en el Examen de Medicina Preventiva en el Adulto Mayor (EMPAM) para decidir las acciones preventivas de salud específicas que deben realizarse con cada persona”¹⁵.

La Figura 1 presenta un análisis descriptivo de los datos de la Encuesta de Protección social, en particular de aquellos que declararon tener dificultades para realizar determinadas actividades de la vida diaria. La proporción de personas que necesitan ayuda muchas veces o siempre para estas actividades tiende a aumentar con la edad, al punto que el nú-

¹¹ Si bien la ley de cuidados paliativos no se refiere explícitamente a este grupo, sí establece garantías específicas asociadas a cuidados a largo plazo, que suponen un gasto público adicional y que requieren una consideración respecto de la última etapa de la vida.

¹² MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (2019).

¹³ VILLALOBOS (2019) p. 86.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD (2009) p. 14.

¹⁵ VILLALOBOS (2017) p. 87.

mero de personas con dependencia severa es más importante respecto de personas mayores de 80 años¹⁶.

FIGURA 1

Proporción de encuestados con dificultad para realizar actividades cotidianas que requieren ayuda muchas veces o siempre de ellas

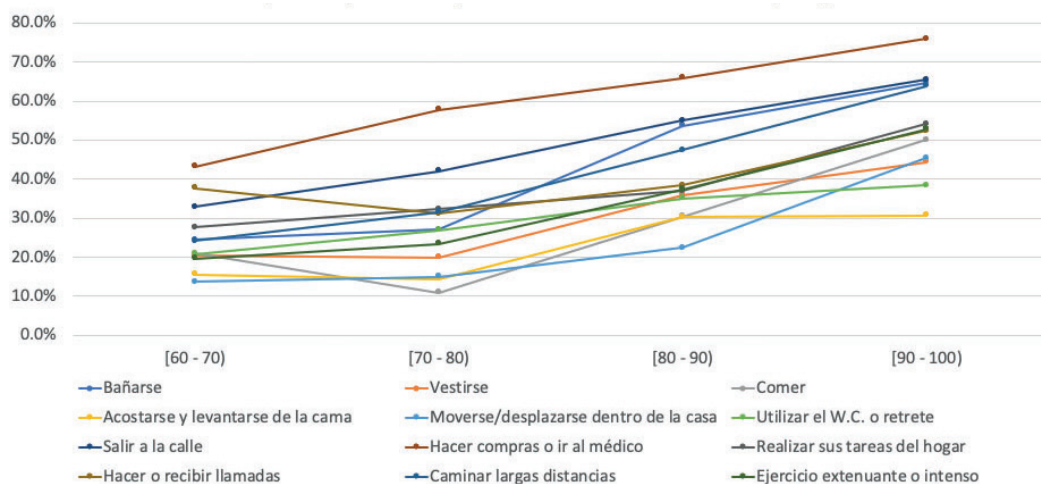


Tabla de elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Protección Social.

Así, como la severidad de la dependencia aumenta conforme se avanza en los tramos etarios –a mayor edad, la persona tiende a requerir apoyo para más actividades–, la coexistencia de dos o más morbilidades incrementa la necesidad de cuidados y los costos asociados a estos, por lo que se ha propuesto la urgencia de estudiar un sistema de cuidados¹⁷ que permita garantizar la salud y la calidad de vida de las personas mayores. Frente a esta problemática, la sociedad como conjunto se ve en la obligación de generar cambios en torno a las políticas de protección social para este segmento poblacional.

La situación de vulnerabilidad es aún más crítica en comunidades donde el acceso a apoyos profesionales es escaso y en las que el cuidado tiende a recaer sobre miembros de la familia. La situación de cuidado informal ha generado problemáticas de salud en los cuidadores de esta categoría e incluso ha generado importantes brechas de género respecto de la persona que ejerce el cuidado de este tipo¹⁸.

En cuanto a la Encuesta de Protección Social, el 9,4% de las 7.800 personas que contestaron a la encuesta presencial reportaron ser “cuidador de alguna persona con discapacidad, dependencia o de alguien que necesite ayuda para desenvolverse en su vida diaria” (pregunta F.17.c). La distribución de la relación de parentesco que tienen con la persona que está a su cargo se presenta en la Figura 2. Una gran proporción de los cuidadores cui-

¹⁶ VILLALOBOS (2019) p. 87.

¹⁷ LEIVA y otros (2020), p. 801.

¹⁸ FERNÁNDEZ y HERRERA (2020), p. 32.

dan a su padre o madre (36,4%) o a su esposo o pareja (14,5%). Además, la edad mediana de los cuidadores del padre o madre es de 51 y del esposo o pareja es de 69 años.

FIGURA 2

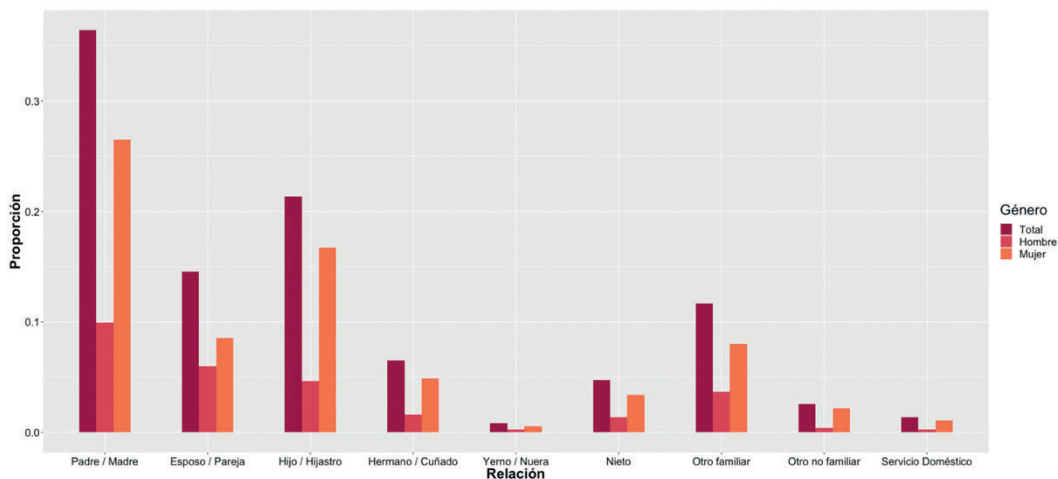


Tabla de elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta de Protección social sobre la relación de parentesco del cuidador con la persona que está a su cargo.

Además, en la misma figura, se observa que la mayoría de los cuidadores son mujeres en todas las categorías, sugiriendo una brecha de género significativa. Por ejemplo, de los 36,4% que cuidan a su padre o madre, 72,8% son mujeres y 27,2% son hombres. Finalmente, en promedio los cuidadores de sus propios padre o madre y esposo o pareja desempeñan su labor como tal 23,2 y 27,9 días al mes, respectivamente, y menos del 5% reciben una remuneración para esta labor.

Al respecto, el seguro de dependencia puede prestar una importante función de acompañamiento al permitir acceder a coberturas de determinadas prestaciones que mejoren la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y alivianen la carga de los cuidados paliativos, en concordancia con las garantías que la nueva normativa asegura, especialmente después de la dictación de la Ley 21.375, como se verá más adelante.

En esta modalidad de seguro de dependencia, tienen cabida las pólizas de seguros individuales y las colectivas, obligándose el asegurador al cumplimiento de las prestaciones que se convenga para atender, total o parcialmente, a personas que no pueden desarrollar por sí mismas un determinado número de actividades básicas. Sin embargo, la ampliación del aseguramiento a este tipo de riesgos plantea cuestionamientos respecto de la aplicación amplia de la normativa reguladora del contrato de seguro en el Código de Comercio y las normas propias de los seguros privados.

2. EL CONCEPTO DE DEPENDENCIA EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO CHILENO

La indeterminación del concepto de dependencia se produce por la ausencia de una norma que sistematice el concepto de dependencia respecto de los adultos mayores. En

Chile, el Código Sanitario incorpora, sin definirlo, el concepto de dependencia¹⁹ respecto de las personas con dependencia a sustancias, lo que no debería ser homologado a la conceptualización que se pretende de dependencia en el contexto del mejoramiento de la situación de personas mayores.

El concepto de dependencia tiene una mención en la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, ratificada por Chile el año 2017 a través del Decreto 162 del Ministerio de Salud, por la cual el país se comprometió a “promover el desarrollo de servicios socio-sanitarios integrados especializados para atender a la persona mayor con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer”²⁰. Así, se encuentra considerado entre los parámetros para establecer los grupos que requieren ser tutelados por estas garantías.

Una definición normativa orgánica de dependencia supone el desafío de armonizar su sentido y diferenciar la dependencia de figuras ya existentes en la normativa chilena que se contraponen con el concepto de autonomía. Asimismo, La Ley de Cuidados paliativos tiene entre sus objetivos la preservación de la autonomía de las personas con enfermedades graves o terminales, por lo que –sin que este trabajo pretenda dicha exhaustividad– aparece como indispensable la circunscripción del concepto de autonomía a través de las figuras a las que se contraponen: dependencia, discapacidad, incapacidad e invalidez.

Si bien estas figuras, la de invalidez y la de discapacidad, pueden coexistir con la situación de dependencia y aparecen vinculadas en la literatura, su significado no es el mismo y debe diferenciarse para efecto de determinar las prestaciones y analizar la oferta de pólizas en el mercado actual, como se revisará más adelante.

Por una parte, la normativa sobre discapacidad se encuentra dispersa en el ordenamiento jurídico. Con una finalidad meramente descriptiva, existen dos normas particularmente relevantes en la definición de discapacidad: la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, y la Ley 18.600 que establece normas sobre deficientes mentales.

La Ley 20.422 señala que será una persona con discapacidad aquella que presente “una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”²¹. La Ley 18.600 se refiere exclusivamente a la discapacidad mental en los siguientes términos: “toda aquella que, como consecuencia de una

¹⁹ En Derecho comparado, el concepto más utilizado para referir el riesgo vinculado a este tipo de prestaciones es la necesidad de cuidados a largo plazo. En España, en particular, la dependencia ha sido definida por la ley 39/2006 como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

²⁰ CHILE, Decreto 162 (2017) artículo 19, letra h.

²¹ CHILE, Ley 20.422, artículo 5.

o más limitaciones síquicas, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”²².

El concepto normativo de discapacidad refiere a limitaciones de integración y participación efectiva en la sociedad, mientras que el concepto de dependencia refiere exclusivamente al requerimiento de apoyos para actividades cotidianas, y aún más, el seguro de dependencia exige un apoyo en las actividades específicas que presuntivamente establecerán el estándar de dependencia severa. Esto implica que no toda persona en situación de discapacidad puede ser considerada dependiente en los términos de la Ley 20.422, pero también implica que no toda persona dependiente presenta una discapacidad mental. La distinción es importante para efectos de cuantificar parámetros de riesgo al momento de analizar, como se revisa, un carácter mixto para el seguro de dependencia.

La certeza de la ocurrencia de la dependencia en los parámetros señalados dista de lo que se podría conceptualizar como discapacidad: una persona en situación de discapacidad no siempre podrá ser categorizada como dependiente. Por ejemplo, en el caso del deterioro cognitivo patológico, como una discapacidad, a pesar de que impone deberes en cuanto a la lealtad contractual y adaptación de conductas para el correcto cumplimiento de las obligaciones en el contrato, no categoriza necesariamente a la situación de persona como de dependencia. Así, las encuestas a nivel nacional que estudian la discapacidad suelen entregar cotas superiores a las que corresponden a la situación de dependencia²³. Por el contrario, una persona dependiente podría ser categorizada como en situación de discapacidad según lo señalado por la Ley 20.422.

El concepto de discapacidad tiene una finalidad integrativa y de prohibición de discriminación en la normativa chilena, al mismo tiempo que busca establecer medidas de apoyo y prestaciones asociadas a la situación de discapacidad. El concepto de dependencia, por su parte, solo tiene sentido respecto de la especial vulnerabilidad y requerimientos de apoyo que dicha condición implica. Por lo tanto, mientras que la noción de discapacidad es amplio e intencionalmente inespecífico, el de dependencia requiere una calificación precisa de acceso prestacional. Esto no es un problema en sí mismo, sino una precisión conceptual que es necesaria para encuadrar los riesgos y tratamientos específicos de cada situación, particularmente en el caso de personas mayores: la discapacidad puede traducirse en una situación de dependencia, pero no siempre la dependencia supondrá discapacidad y, por lo tanto, los estándares y medios probatorios de una u otra condición no pueden ni deben ser confundidos –como, por ejemplo, en el caso del carnet de discapacidad–.

Otra es la situación respecto de la incapacidad. La declaración de interdicción –única forma de acceso a la incapacidad civil– supondría una problemática adicional respecto de las consideraciones para la exigibilidad del seguro y su subsistencia antes, durante y luego de la incapacitación civil de una persona, cuando exista una situación de dependencia

²² CHILE, Ley 18.600, artículo 2.

²³ VILLALOBOS (2019).

concomitante con un deterioro patológico²⁴. Esta problemática surge respecto del cuestionamiento de si las prestaciones pueden existir autónomamente –por la dificultad de movilización o incluso, de comprender los negocios–. Dicha situación es más crítica en casos de violencia económica, en consideración a que la interdicción ha sido internacionalmente cuestionada por la radicalidad de sus efectos y la flexibilidad de los parámetros con las que judicialmente se decreta. Lo anterior, particularmente si se considera un carácter mixto en que las normas contractuales serán las propias del ámbito privado y, por lo tanto, la exigibilidad de los negocios queda supeditada a la capacidad civil y, así también, la elección de las prestaciones asociadas.

Por su parte, el concepto de invalidez se esboza en el artículo 4 del Decreto Ley 3.500 como aquel que se produce “a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo”. En este sentido, la noción de invalidez tiene un carácter laboral y se determina conforme a la capacidad de productividad económica de una persona. Estos estándares, como bien diferencia la norma al excluir a las personas pensionadas por vejez del acceso a la pensión de invalidez, no pueden ser aplicados a las personas mayores necesariamente, a pesar de la frecuente actividad laboral de este grupo etario. Así, igual que con la discapacidad, una persona puede encontrarse en situación de invalidez y no ser dependiente, tal y como se ha explicado.

El Decreto Ley 3.500 establece dos categorías para la situación de invalidez: “Una pensión de invalidez total para afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo, de al menos, dos tercios, [y] una pensión de invalidez parcial, para afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo igual o superior a cincuenta por ciento e inferior a dos tercios”. Los parámetros se encuentran cuantificados y son diversos a los que doctrinariamente se revisan respecto de las evaluaciones de dependencia. Una confusión de estos conceptos además supone una superposición de prestaciones entre aquellas vinculadas a la pensión de invalidez y el subsidio por incapacidad laboral, cuyo contenido prestacional se vincula con la capacidad productiva y no con vulnerabilidad o siquiera fragilidad. Mucho menos puede enfocarse en los mismos grupos etarios para los cuales el seguro puede ser un aporte: la persona mayor.

Finalmente, dado que no existe un concepto orgánico de dependencia y que esta solo puede ser evaluada –como sucede en el derecho comparado– a través del riesgo de requerir cuidado a largo plazo, es importante señalar que la noción de asistencia permanente se encuentra recogida en la Ley 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud. La norma define la figura del cuidador en el artículo 5 quáter, incorporado apenas en octubre de 2021 por la Ley 21.380 que modifica el deber de atención preferente en las prestaciones de salud. Para efectos de esta ley, “se entenderá por cuidador o cuidadora a toda persona que, de forma gratuita o remunerada, proporcione asistencia o cuidado, temporal o permanente, para la realización de

²⁴ En este punto, es necesario reiterar la diferencia entre los conceptos de dependencia que se aplican a las personas mayores del considerado por el Código Sanitario en cuanto a las discusiones sobre la procedencia de la interdicción de personas dependientes a las drogas, como la que propone CORRAL (2013).

actividades de la vida diaria, a personas con discapacidad o dependencia, estén o no unidas por vínculos de parentesco”. Esto es importante, considerando que el cuidado personal forma parte relevante de la problemática del cuidado como tal.

3. LA DEPENDENCIA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La dependencia, como ya se ha señalado, corresponde a un fenómeno independiente del estado cognitivo de una persona. Se relaciona con el grado de pérdida de funcionalidad de la persona, particularmente para tareas cotidianas de primer orden: comer, vestirse, movilizarse o ir al baño. Esta pérdida de la funcionalidad puede ocurrir en cualquier momento de la vida, no obstante, existe mayor incidencia de una dependencia severa en el contexto de enfermedades terminales y, por lo tanto, se asocia a la fragilidad propia de la vejez.

La Ley 21.375 consagra como un derecho universal el acceso a los cuidados paliativos. Esto supone un desafío para las políticas públicas en que se financien dichos cuidados, pero también una convergencia de normas, necesitándose un apoyo para la realización de actividades cotidianas de forma intra o extra-hospitalaria. Quien requiera cuidados paliativos será una persona dependiente, y requerirá ayuda para realizar sus actividades hasta su muerte, en la forma que señala el artículo 2 de la citada ley, es decir, por enfermedad terminal o grave.

Conforme el artículo 2 de la reciente Ley 21.375, que consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, y que tiene vigencia desde marzo de 2022, se entiende por “enfermedad terminal una enfermedad o condición patológica grave que haya sido diagnosticada, de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su sobrevida, o bien cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a doce meses”. Esta definición establece un parámetro temporal que debe ser atendido al que la dependencia puede anteceder y la caracterización temporal de un cuidado a largo plazo –que, en derecho comparado, suele tener como baremo los seis meses–.

La misma norma continúa, en su artículo 2, señalando que los cuidados paliativos tienen como objetivo: “mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan padecimientos relacionados con una enfermedad terminal o grave, mediante la prevención y alivio de tales padecimientos a través de la identificación temprana, adecuada evaluación y tratamiento de problemas de salud de orden físico o psicológico”. La particularidad de esta norma es que el artículo continúa señalando que “los cuidados paliativos podrán otorgarse mediante un modelo de atención domiciliaria...”, lo que se aviene con la experiencia internacional en contenidos de prestaciones propios de un seguro de dependencia.

4. SEGURO DE DEPENDENCIA EN EL DERECHO COMPARADO²⁵

El envejecimiento poblacional y las condiciones de vulnerabilidad –particularmente aquellas asociadas al deterioro físico y mental– han impulsado alrededor del mundo diferentes iniciativas y soluciones para paliar los costos asociados a los cuidados de largo

²⁵ Para una revisión del estado del arte hasta 2020 de la experiencia internacional en seguros de dependencia a partir de un estudio doctrinario, ver CHEN, ZHANG y XU (2020).

plazo. Entre estas iniciativas, destaca el modelo alemán y de los países bajos, que fueron los primeros en Europa²⁶; el modelo japonés, primero en Asia junto con Corea del Sur, cuyas reformas se revisarán más adelante; y la experiencia del modelo español, en que el seguro de dependencia tiene naturaleza privada. La implementación de este tipo de seguros en la experiencia comparada, independiente de su forma de financiamiento, ha favorecido la salud de las personas usuario que pueden recibir cuidados de mejor calidad y ha aumentado la percepción de estabilidad financiera, especialmente en la población de personas mayores²⁷.

a. Alemania y Países Bajos

El modelo de seguro de dependencia alemán surge en 1994, a través de la *Long care insurance act* que establece el *Gesetzliche Pflegeversicherung* (o LTCi por sus siglas en inglés) o seguro por riesgo de cuidado de largo plazo [traducción propia]. El LTCi se constituyó como uno de los cinco pilares del modelo de seguridad social alemán. El seguro de dependencia alemán es financiado por trabajador y empleador en partes iguales, cuya cobertura se extiende también a cónyuge e hijos²⁸. La prestación en dinero es administrada por organizaciones sin fines de lucro y autónomas, con fondos específicos para el LTCi que distribuyen el dinero sobre la base del principio de solidaridad²⁹. Estas organizaciones son las encargadas de recolectar y administrar el dinero aportado, negociar tarifas con los establecimientos de estadía a largo plazo y determinar la elegibilidad de los usuarios para acceder a las prestaciones³⁰. Para asegurar la competitividad y calidad de los prestadores, las administradoras del seguro de dependencia deben publicar un listado de los precios de los prestadores asociados y auditar sus estándares de calidad³¹.

Los criterios de elegibilidad del seguro apuntan a personas que, debido a una condición física, mental o psicológica, requieren apoyos en las labores cotidianas por un período prolongados, de al menos 6 meses³². La necesidad de cuidado de una persona es calificada en tres niveles³³, desde menos a más intensa: El primer nivel corresponde a personas que necesitan ayuda al menos una vez al día con tareas de higiene personal, alimentación y varias veces a la semana con labores domésticas. El proveedor debe entregar cuidados como mínimo 90 minutos diarios, de los que 45 minutos se dedican a cuidados básicos. En el segundo nivel se clasifica a personas que requieren al menos tres veces al día asistencia en labores de higiene personal, alimentación o labores domésticas. En el último nivel se incorporan personas con una necesidad extrema de cuidado, que requieren asistencia permanente, con un mínimo de 5 horas de apoyo diarias de las cuales 4 se dedican a labores de cuidado básicas. La depen-

²⁶ CHEN, ZHANG & XU (2020) p. 2.

²⁷ CHEN, ZHANG & XU (2020) p. 6.

²⁸ NADASH & CUELLAR (2017) p. 589.

²⁹ GERAEDTS, HELLER & HARRINGTON (2000) p. 382.

³⁰ GERAEDTS, HELLER & HARRINGTON (2000) p. 380.

³¹ GERAEDTS, HELLER & HARRINGTON (2000) p. 388.

³² NADASH & CUELLAR (2017) p. 589.

³³ GERAEDTS, HELLER & HARRINGTON (2000) p. 384.

dencia producida por demencia también está considerada, por lo que un porcentaje significativo de los usuarios del seguro son personas mayores de 60 años³⁴.

Las prestaciones asociadas al seguro de dependencia no pretenden la cobertura total del cuidado, sino tasas estandarizadas³⁵. Para reducir costos, se promueve la generación de incentivos para los cuidados domiciliarios, incorporando pagos en dinero para cuidadores informales que dedican más de 14 horas semanales a labores de cuidado, capacitaciones para cuidadores familiares e informales³⁶ y modificaciones estructurales o ajustes para facilitar la movilización y las labores de cuidado. De esta forma, se abaratan costos –en comparación con aquellos invertidos en hogares de larga estadía– y se retrasa la internación de las personas hasta que sea estrictamente necesario.

A partir de 2013, debido a la devaluación de los precios de los beneficios asociados al acaecimiento de la situación de dependencia y el envejecimiento poblacional, surgió la incorporación de seguros complementarios, en su mayoría ofrecidos como seguros de salud y con subsidios gubernamentales por contratación, cuyas prestaciones varían: algunos ofrecen pagos en efectivo y otros, la devolución de los gastos hechos en servicios específicos³⁷.

Países Bajos fue el primer país de Europa en incorporar un sistema universal de salud que incluía cuidados a largo plazo en 1965³⁸ a través del llamado *Exceptional expenses act* o AWBZ, por sus siglas en holandés, en conjunto con medidas de congelamiento de precios de servicios. El sistema es financiado a través de un sistema impositivo con co-pago en el que todo ciudadano mayor de 15 años con ingresos debe tributar al seguro de dependencia³⁹. A partir de 1997, la calificación de los cuidados requeridos se encuentra unificada en una sola institución, *The centre of need assessment*, que determina las prestaciones cubiertas por el seguro⁴⁰.

Inicialmente, las prestaciones cubiertas abarcaban asistencia domiciliaria, cuidados hospitalarios para personas en situación de discapacidad y hospitalizaciones por una estadía mayor a un año⁴¹. Posteriormente, se incorporaron otras prestaciones como hogares de larga estadía para personas mayores, rehabilitación física post-hospitalaria y tratamientos ambulatorios de salud mental⁴². A inicios de la década de los 90 se incorporaron prestaciones para cuidados domiciliarios informales, como una forma de empoderar a los consumidores, al mismo tiempo que se estandarizaron los criterios de cuidado⁴³. Esta forma de cuidado es la prevalente en Países Bajos, aunque corresponden a uno de los países con menor porcentaje de cuidado informal en Europa, y se rige por protocolos estrictos para regular el gasto

³⁴ NADASH & CUELLAR (2017) p. 589.

³⁵ NADASH & CUELLAR (2017) p. 590.

³⁶ GERAEDTS, HELLER & HARRINGTON (2000) p. 381.

³⁷ NADASH & CUELLAR (2017) p. 590.

³⁸ SCHUT & BERG (2010) p. 412.

³⁹ SCHUT & BERG (2010) p. 414.

⁴⁰ SCHUT & BERG (2010) p. 414.

⁴¹ SCHUT & BERG (2010) p. 413.

⁴² SCHUT & BERG (2010) p. 413.

⁴³ MAARSE (2010).

estatal⁴⁴. En 1995, además, se establecieron prestaciones dinerarias en reemplazo de las prestaciones en especie⁴⁵.

En 2007 entró en vigencia *The Social Support act* (WMO por sus siglas en holandés), a través del cual se reformó el sistema de la AWBZ. El WMO establece un ingreso financiado por impuestos a las municipalidades para prestar los servicios que antes eran cubiertos por el AWBZ, en conjunto con un co-pago proporcional a los ingresos individuales⁴⁶. El WMO fomenta la responsabilidad individual, promoviendo el sistema de co-pago –estableciendo criterios más estrictos de acceso– y potenciando las labores de cuidado domiciliarios informales, como una forma de reducir el gasto estatal⁴⁷.

En 2015, sin embargo, una reforma mayor al sistema holandés de seguro de dependencia redujo las prestaciones del seguro de dependencia a institucionalizaciones de larga estadía y cuidado domiciliario permanente, trasladando los gastos de las demás prestaciones a seguros de salud y municipalidades, no obstante lo cual gran parte de los gastos de cuidado de largo plazo son financiados estatalmente⁴⁸, lo que se traduce en una cobertura mayor para personas de menores ingresos⁴⁹.

b. Japón

El seguro de dependencia japonés (*Kaigo Hoken*) fue implementado en el año 2000 como una forma de morigerar los costos asociados al envejecimiento poblacional, la menor dedicación por parte de los familiares al cuidado de las personas mayores y el aumento de los costos de salud⁵⁰. El seguro es financiado por pólizas privadas en un 50% y en un 50% por fondos estatales –divididos entre las arcas fiscales, prefecturas y municipios, en proporción de 2:1:1–. El programa de aseguramiento es universal y obligatorio para cualquier persona mayor de 40 años⁵¹.

Las prestaciones asociadas al seguro sólo se realizan a través del financiamiento de lugares de estadía formales –no en dinero ni remunerando el cuidado informal– y se entregan mediante un sistema municipal uniforme, luego de una caracterización de la necesidad de cuidado⁵². El financiamiento del cuidado informal fue desestimado por tres motivos: el primero, la insuficiencia de los montos posibles para alivianar la carga familiar –particularmente sobre mujeres–; el segundo, el desincentivo para los proveedores formales de cuidador y, el tercero, la posible inflación producida por una mayor cantidad de dinero circulante⁵³.

El nivel de dependencia es calificado en siete estados según los cuales se financian los cuidados, con montos superiores o cercanos a lo existente en Países Bajos y con una

⁴⁴ SCHUT & BERG (2010) p. 422.

⁴⁵ SCHUT (2021) p. 247.

⁴⁶ MAARSE (2010).

⁴⁷ MAARSE (2010).

⁴⁸ SCHUT (2021) p. 247.

⁴⁹ CHEN, ZHANG & XU (2020) p. 8.

⁵⁰ ASAHARA, MOMOSE & MURASHIMA (2003).

⁵¹ CAMPBELL, EDWARDSSEN, MIDFORD & SAITO (2014) p. 9.

⁵² CAMPBELL, EDWARDSSEN, MIDFORD & SAITO (2014) p. 10.

⁵³ CAMPBELL, EDWARDSSEN, MIDFORD & SAITO (2014) p. 12.

tasa de calificación para el acceso más alta que lo que ocurre en Alemania⁵⁴. Los primeros dos niveles de cuidado tienen un foco en la prevención del empeoramiento de la situación de dependencia.

En este sentido, el sistema japonés incorporó ajustes y modificaciones en su primera década de funcionamiento. En el año 2005 se realizó una reforma que promovía un sistema de prevención a cargo de instituciones municipales, que son también las llamadas a diseñar los distintos planes de cuidados a largo plazo⁵⁵. En el año 2006, por necesidades presupuestarias, se hicieron recortes a los aportes a las tasas de los cuidadores. Estos recortes debieron ser suplidos en una reforma de 2009, a causa del éxodo de cuidadores a falta de incentivos económicos⁵⁶.

c. España

En España la carga del riesgo de dependencia recae principalmente en las familias que realizan cuidados informales de la persona dependiente⁵⁷. Aprovechando esta práctica, con énfasis en la familia como núcleo del cuidado, y debido a la reducción de costos que implica retrasar la internación de una persona, las políticas públicas españolas desde 1978 han fomentado la inserción de personas dependientes –con énfasis en las personas mayores– en núcleos familiares; la mantención del dependiente en su hogar⁵⁸.

Las prestaciones asociadas en el Real Decreto 1051/2013 respecto del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se encuentran establecidas en la Ley 39/2006. A partir de la dictación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que correspondía a un mandato de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, estableció la obligación de incorporar las modificaciones legislativas necesarias para regular la cobertura de las situaciones de dependencia⁵⁹. El seguro de dependencia se reguló en la ley 41/2007 que explicita que “los instrumentos a través de los cuales se puede dar cobertura a las situaciones de dependencia son los contratos de seguro y los planes de pensiones, y que el riesgo de la dependencia se puede encuadrar en los ramos de enfermedad y de vida”⁶⁰.

En otras palabras, el seguro de dependencia se articula a través de mecanismos ordinarios del sistema de seguros, sin una aproximación diversa de su financiamiento o prestaciones. La oferta de estos seguros ha sido discreta, lo que doctrinariamente se ha identificado como un problema respecto de las cargas económicas vinculadas al envejecimiento poblacional⁶¹.

⁵⁴ CAMPBELL, EDVARDSEN, MIDFORD & SAITO (2014) p. 9.

⁵⁵ TSUTSUMI (2014).

⁵⁶ TSUTSUMI (2014).

⁵⁷ ESCUDERO (2007) p. 67.

⁵⁸ ESCUDERO (2007) p. 70.

⁵⁹ MARTÍNEZ-GIJÓN (2012) p. 17.

⁶⁰ MARTÍNEZ-GIJÓN (2012) p. 17.

⁶¹ Ver, por todos, el estudio realizado por SANCHEZ DELGADO (2009), acerca de la incorporación de un seguro de dependencia privado en España. Otro tanto se puede ver en MARTÍNEZ-GIJÓN (2012).

II. LAS PÓLIZAS DE SEGUROS DE DEPENDENCIA ACTUALMENTE OFRECIDAS EN CHILE Y SU ALCANCE A LA POBLACIÓN MAYOR

1. EL PROYECTO DE SEGURO DE DEPENDENCIA EN CHILE

La incorporación de un seguro de dependencia ha sido propuesta en diferentes países del mundo, y en varios de ellos es una realidad, aunque con características propias diferentes⁶². Desde el año 2013 se ha evaluado en Chile la posibilidad de implementar un símil al seguro de dependencia⁶³ existente actualmente, no solo en Japón, sino en también en Alemania⁶⁴, España, Italia⁶⁵, Suecia⁶⁶, Dinamarca y los Países Bajos⁶⁷, por mencionar algunos. En varios de estos países el financiamiento es mixto y las prestaciones asociadas incluyen asistencia domiciliaria, acceso a centros de cuidado permanente diurnos o nocturnos, servicios médicos de estadías cortas, entre otros⁶⁸. Esto significa un cambio de paradigma a las propuestas que, como se verá, se han realizado a nivel nacional, pero tiene su fundamentación en la naturaleza de las necesidades del grupo objetivo al cual va dirigido⁶⁹.

⁶² Para 2050, una de cada seis personas en el mundo (16% de la población) tendrá más de 65 años, en comparación con una de cada 11 en 2019 (9%). Se proyecta que la proporción de la población de 65 años y más se duplicará entre 2019 y 2050 en África septentrional y Asia occidental, Asia central y meridional, Asia oriental y sudoriental, y América Latina y el Caribe. Para 2050, una de cada cuatro personas viviendo en Europa y América del Norte podría tener 65 años y más. En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más a nivel mundial superaron en número a los niños menores de cinco años. Se proyecta que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. Para un análisis más detallado, ver NACIONES UNIDAS (2022).

⁶³ CIEDESS (2014).

⁶⁴ CIEDESS (2014). Las prestaciones en el seguro alemán de dependencia cubren aquellas propias domiciliarias y residenciales. Se otorgan cifras cerradas, no son prestaciones por necesidades reales. Suelen darse por cobertura parcial, a partir de un listado de las mismas, es por ello que el listado de las domiciliarias es más amplio que el de aquellas de las residencias. Se entiende que para la legislación alemana se necesita que el asegurado permanezca en un entorno familiar. ISFORT (2013).

⁶⁵ Ver ISTITUTO NAZIONALE DI PREVIDENZA SOCIALE (2022).

⁶⁶ Ver PENSIONSMYNDIGHETEN (2022).

⁶⁷ COMISIÓN PERMANENTE DE FAMILIA Y ADULTO MAYOR DE CÁMARA DE DIPUTADOS (2014).

⁶⁸ CIEDESS (2014).

⁶⁹ Por ejemplo, en Alemania, el servicio de enfermería para personas con dependencia, que se privilegiaba en la anterior legislación, se deja de lado y se pasa a que sean los propios dependientes con sus recursos y capacidades, y redes de apoyo, a quienes se les garantiza la máxima conservación de la independencia. Un lugar significativo en los análisis de asistencia tienen las habilidades comunicativas y mentales, así como los problemas psicológicos, pero también cómo se organiza la vida cotidiana y en qué medida los contactos sociales van en apoyo de las personas en situación de dependencia. La necesidad de ayuda, que se ponderaba en unidades de tiempo, pasa a un lugar secundario gracias a este nuevo enfoque en la prestación del seguro de asistencia. Los elementos que se toman en cuenta en esta evaluación son: movilidad; habilidades cognitivas, comunicativas, comportamiento y problemas psicológicos; autosuficiencia; el cómo se hace frente y maneja de forma independiente las demandas y las cargas causadas por la enfermedad o la terapia que sufre el asegurado, como también la organización de su vida cotidiana y los contactos sociales con los que cuente. Conforme al SGB XI, ley de seguro obligatorio de atención a largo plazo en Alemania, cada persona que reside en el país está obligada a contratar su propio seguro para cubrir sus riesgos de enfermedad de largo plazo. Es esta la razón por la que las compañías de seguros de salud y las de seguros de salud privadas, en general, ofertan seguros de atención de largo plazo. Disponible en; https://www.bundesgesundheitsministerium.de.translate.goog/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es. Fecha de consulta: 14/10/2022.

El año 2014 se realizó en Chile un estudio que estructura el seguro de dependencia con cargo a entidades estatales⁷⁰, sin considerar su viabilidad para el mercado privado. El estudio caracteriza la necesidad de asegurar las prestaciones de cuidado a adultos mayores, sea domiciliario, en hogares o a través de un sistema *vouchers*⁷¹ y propone el establecimiento de un organismo estatal encargado de administrarlo.

Este, entre otros estudios, llevó a la formulación de un Proyecto de Ley, publicado en noviembre de 2018 en el Boletín 12.212-13. El proyecto propone la generación de un seguro, de carácter contributivo que “se financiará mediante el pago de una cotización que ascenderá al 0,2% de la remuneración imponible del trabajador” de pago mensual y obligatorio, y con una base de aporte del Estado de 3 UF. El proyecto incorpora además un subsidio para las personas que se encuentren en los sectores socioeconómicamente más vulnerables de la población⁷², siempre y cuando la persona no tenga acceso al seguro de dependencia.

De acuerdo con el texto publicado, el proyecto define como dependientes “las personas que, por razones derivadas de una o más condiciones de salud de causa física, mental, y/o sensorial, que inciden en la falta o pérdida de su capacidad funcional requieren de la asistencia permanente de otra u otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria”. A pesar de que la definición es aparentemente amplia, el riesgo asegurado por el seguro es la pérdida de funcionalidad severa, es decir, la dependencia severa: lo que se presenta como permanente es el cuidado y no la necesidad del mismo. Una dependencia severa es aquella que supone dificultades para bañarse, vestirse, comer y salir de su cama, conforme con los criterios propuestos por la Encuesta de Protección Social⁷³.

Los requisitos para acceder al seguro son

ser mayor de 65 años de edad; estar pensionado en el sistema de pensiones establecido en el decreto ley N° 3.500 de 1980; Registrar sesenta meses o más de cotizaciones al Seguro de Dependencia, en el caso de los hombres, y cuarenta y ocho meses o más, en el caso de las mujeres, con anterioridad a la fecha de pensión o hasta los 70 años de edad, lo que sea posterior [y] ser calificado como dependiente funcional severo por las Comisiones Médicas del decreto ley N° 3.500, de 1980⁷⁴.

⁷⁰ Para una revisión de las prestaciones individualizadas asociadas a los seguros ofrecidos por cada país, ver: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/publicaciones/documentos-de-trabajo/2014-2016/011-dt-2014-01-analisis-prospectivo-seguro-obligatorio-dependencia.pdf>. Fecha de consulta: 14 de octubre de 2022.

⁷¹ CIEDESS (2014).

⁷² De acuerdo con el texto del Proyecto en su segundo trámite constitucional en el informe de la Comisión en mayo de 2021, se trata de un beneficio de “\$80.000.- mensuales si el beneficiario pertenece al 40% más pobre, a \$70.000.- mensuales si el beneficiario pertenece al quinto decil más pobre, a \$60.000.- mensuales si el beneficiario pertenece al sexto decil más pobre, y se propone su administración por el CASS o la Agencia y forma parte del PACS”. Ver: <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=23594&prmTIPO=INFORMEPLEY>. Fecha de consulta: 15/12/2021.

⁷³ SUPERINTENDENCIA DE SALUD (2008), p. 26.

⁷⁴ CÁMARA DE DIPUTADOS (2018).

Por lo tanto, la naturaleza del seguro pretende exclusivamente complementar pensiones de vejez y no coexistir con otros sistemas de cuidado.

Sin embargo, la remisión al Decreto Ley 3.500 de 1980 implica que los parámetros serían los propuestos por esta norma. Esto es, que se asimila parcialmente la dependencia a la invalidez y a la que se refiere el artículo 4º, para las personas señaladas en el artículo 7º, y en la letra c) del artículo 8º del Decreto Ley 3500 de 1980. Además, será calificada, en conformidad a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones”, según lo señale el reglamento respectivo, por una Comisión de tres médicos cirujanos que funcionará en cada Región, designados por el Superintendente de Administradoras de Fondos de Pensiones, en la forma que establezca el reglamento de esta ley⁷⁵. En otras palabras, quedan sometidos a la misma normativa del seguro de invalidez vigente, extendido por el artículo 4 bis, en relación con los artículos 54 y 59 del mismo Decreto Ley, que agilizan los trámites y dictámenes de las Comisiones Médicas, lo que implica –como ya se ha señalado– confundir sistemas y conceptos.

2. OFERTA DE PÓLIZAS DE SEGURO DE DEPENDENCIA EN CHILE

La oferta de pólizas que contienen la dependencia como prestación es escueta. En Chile, actualmente existe una póliza inscrita a título de seguro de dependencia bajo el código POL320140020 que tiene por objeto brindar

pago de una renta mensual indicada en las Condiciones Particulares de la póliza al asegurado, cuando este último acredite encontrarse en un estado de dependencia según se define en el artículo N° 4 letra q), en que el asegurado incurra durante el período en que se encuentre amparado por esta póliza, y siempre que la póliza se encuentre vigente al momento de quedar en el estado de dependencia.

Además, existe un seguro colectivo de dependencia registrado bajo el POL220150566⁷⁶.

Al igual como sucede con el seguro de dependencia propuesto por el legislador, las prestaciones de ambas pólizas solo pretenden compensar pecuniariamente al asegurado. Pero por su parte, las pólizas privadas presentan un número de preexistencias que excluyen en gran medida a adultos mayores como posibles beneficiarios, ya que su grupo objetivo es el de trabajadores activos que sufren accidentes en su jornada laboral. Esto ocurre, como se presentará, con la mayoría de las pólizas que pretenden cubrir en algún grado la situación de dependencia, lo que se puede deber en cierta medida a las confusiones conceptuales respecto de discapacidad, incapacidad, invalidez y dependencia.

Las pólizas mencionadas definen la dependencia en los términos de estado de dependencia total, que corresponde al riesgo asegurado. En este sentido, se reconoce en estado de dependencia total al asegurado cuyo estado de salud está confirmado y se encuentra en

⁷⁵ CHILE, Decreto Ley 3500 de 1980.

⁷⁶ Es necesario señalar que existe además un modelo prohibido registrado bajo el código POL208018, cuyo análisis no ha sido considerado por no encontrarse ofertada.

situación de imposibilidad permanente de realizar, sin la asistencia o ayuda de otra persona, al menos cuatro (4) de las siguientes seis (6) actividades de la vida diaria” entre las que se enumera: lavarse o bañarse, comer y beber, vestirse, usar el sanitario, continencia y desplazarse incluso con el apoyo de apoyos físicos no humanos⁷⁷.

Para la certificación del siniestro en ambas pólizas, cual es que la persona se encuentre en estado de dependencia, se requiere un

certificado del médico tratante o del último hospital donde fuese atendido, en el que describa la situación de dependencia que a su juicio afecta al asegurado, su fecha de inicio y sus causas, esto es, el origen accidental o patológico de la incapacidad o incapacidades, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que determinó su incapacidad o incapacidades⁷⁸.

Si bien la incapacidad está entendida desde una perspectiva funcional, el concepto de incapacidad tiene una connotación legal diversa que es igualmente exigida como certificación de facultativos en salud en el contexto de la celebración de negocios jurídicos.

Al tratarse solo de una prestación pecuniaria, la póliza no considera formas de gradualidad de deterioro, expresándose que incapacidad es

toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente, que afecte al organismo de un asegurado y que requieran tratamiento médico. Todas las lesiones sufridas por una persona en un mismo accidente se consideran como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad⁷⁹.

La póliza define enfermedad como “una alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico y que precisa de asistencia facultativa”. No queda clara la distinción con el concepto de enfermedad, lo que complejiza la distinción con el concepto legal de incapacidad o hace inútil la cláusula, lo que claramente atenta en

⁷⁷ La cláusula completa señala “la habilidad de lavarse o bañarse por cualquier medio, de tal manera que sea capaz de mantener un nivel razonable de higiene personal. 1) Lavarse o bañarse. 2) Comer y beber: la habilidad de consumir alimentos y bebidas toda vez que estén preparados y disponibles. 3) Vestirse: la habilidad de poner, quitar, abrochar, desabrochar la ropa necesaria y, si es el caso, cualquier aparato, miembro artificial o implemento médico quirúrgico. 4) Uso de los sanitarios: sentarse y levantarse del sanitario. 5) Continencia: la habilidad de controlar la función vesical e intestinal, si es el caso, utilizando ropa interior protectora o implementos médicos quirúrgicos; tal que permita mantener un nivel razonable de higiene. 6) Desplazarse: la habilidad de moverse dentro de su residencia de una habitación a otra en una superficie nivelada o hacer uso de la cama o silla, si es necesario, con la ayuda de equipo apropiado, tales como silla de ruedas, andadera, muleta, bastón, o de cualquier otro medio adaptado”.

⁷⁸ POL220150566 y POL320140020.

⁷⁹ Disponible en http://www.svs.cl/sitio/seil/pagina/rgpol/muestra_documento.php?ABH89548=37G70IE7IX10663S8IYM4ABCIV864AJ35MNABPRXV864AV864A4ABCIV864A. Fecha de consulta: 17/12/2021.

contra de los deberes de lealtad y claridad en el contrato para con el asegurado, particularmente respecto de personas mayores, un grupo que merece especial protección.

En este sentido, a partir de la exclusión directa de cobertura o garantía, en la actual legislación, se obliga a que ello sea declarado en términos claros, expeditos y oportunos, amén de la asesoría que debe dársele al asegurado en forma omnicompreensiva en virtud de los artículos 514 y 529 número 1 del Código del Comercio, lo que además sería predicable en caso que el seguro sea contratado a través de un corredor, conforme al artículo 57 del DFL 251 y al Reglamento sobre Auxiliares del Comercio del Seguro, en concreto el artículos 9 y 10 del Decreto Supremo 1055.

En general, la oferta de pólizas a nivel nacional considera como riesgo asegurable la situación de invalidez⁸⁰ y se define en los mismos términos que se ha expresado respecto del Decreto Ley 3.500, esto es, según el texto de la póliza, como

la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones”, regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980 y su reglamento⁸¹.

Además, se señalan casos en que siempre se considera invalidez⁸², sin un parámetro funcional como sí ocurre con la dependencia como un siniestro, lo que constituye su principal diferencia, junto con lo ya mencionado sobre la capacidad laboral.

Fuera de la póliza señalada, existen menciones, particularmente en seguros complementarios de salud, que incorporan el concepto de dependencia⁸³. En general, se señala como prestación respecto del riesgo de dependencia en el contexto de beneficios de salud mental y se compromete la indemnización de

toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, si así fuera pactado en las condiciones particulares, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de la póliza⁸⁴.

No se especifica, sin embargo, si el concepto de dependencia es utilizado en un sentido amplio o en el sentido en que se emplea en el Código Sanitario. Los criterios de de-

⁸⁰ Al respecto, ver POL 320140036, POL 320140037, POL 320140075, POL 320140088, POL 320140455, entre otras.

⁸¹ POL 320140036.

⁸² En todo caso, para efectos de esta póliza, siempre se considerará como invalidez parcial o total los siguientes casos: La pérdida total de: a) la visión de ambos ojos, o b) ambos brazos, o c) ambas manos, o d) ambas piernas, o e) ambos pies, o f) una mano y un pie.

⁸³ En este sentido, ver, solo a modo ejemplar, ver POL 320200069, POL 320200073, POL 320200217.

⁸⁴ POL 320200217.

pendencia han sido incorporados en seguros de enfermedades graves para la ocurrencia de demencias como el Parkinson⁸⁵ y en pólizas de seguro de accidentes personales, en términos de “pérdida de la existencia independiente”⁸⁶ o confundiendo los parámetros de dependencia que se han propuesto con la determinación de la invalidez⁸⁷.

3. EXCLUSIONES DE LAS PERSONAS MAYORES DE LAS PÓLIZAS DE DEPENDENCIA

Las pólizas que tienen la dependencia o la invalidez como riesgos asegurados limitan el acceso a la contratación de las personas mayores por las exclusiones dispuestas en las pólizas. Para ejemplificar, y dado que no es una característica exclusiva de este instrumento, se recogen los términos de la póliza que establece el seguro de dependencia bajo el código POL320140020, que se han señalado en el punto 2 de este trabajo. Esta señala que una situación de incapacidad –o enfermedad– preexistente es entendida como “cualquiera enfermedad, dolencias o situaciones de salud en general que afecten al asegurado y que haya sido diagnóstica o conocida por el asegurado o por quien contrata en su favor, con anterioridad a la fecha de la suscripción de la propuesta o solicitud de incorporación a la póliza”. El espectro de enfermedades es tan amplio que podría cuestionarse si el devenir biológico de cualquier condición o situación de salud es o no causa directa de la dependencia.

La cláusula 5, que señala las exclusiones de este seguro, afirma que no cubre la dependencia del asegurado cuando se originen por

situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo N° 4 letra p) de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la aseguradora deberá consultar al asegurado, acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por él, que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las Condiciones Particulares o en el Certificado de Cobertura, en su caso, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada conforme a lo señalado anteriormente (...) d) Cualquier desorden mental o nervioso sin una enfermedad orgánica demostrable (...) f) La omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.

Para el caso de las personas mayores, resultaría contradictorio, con la experiencia internacional en la materia, que los deterioros cognitivos que pudieran devenir, aunque indeterminados en su inicio, en una patología cognitiva, quedasen finalmente excluidos. Lo anterior, particularmente, en circunstancias que es precisamente a ese tipo de población a la que se busca proteger con un seguro de dependencia.

Por una parte, es evidente que, de acuerdo con los tratados internacionales en materia de adultos mayores, los estándares de información precontractual que exige la póliza ex-

⁸⁵ Por ejemplo, POL320210189; POL320210147; POL320200131; POL320170254; POL320170208, POL320130796.

⁸⁶ Por ejemplo, POL320210156, en la que además se excluyen enfermedades de origen mental o nervioso.

⁸⁷ Como sucede, por ejemplo, en la CAD220131061.

puesta, y la diligencia contractual durante la ejecución del contrato, debieran considerar las competencias cognitivas de una persona en situación de dependencia moderada, severa o gran dependencia. Estos estándares, no solo en cuanto a la adaptación de la forma de cumplimiento de la denuncia del siniestro, pago de primas u otras obligaciones que pudieran estipularse para el asegurado, sino también en cuanto a la declaración del riesgo.

Por otra, la existencia de este tipo de exclusiones produce una imposibilidad de ejecución eventual en tanto sería posible reconducir diferentes condiciones de salud –o desorden orgánico– como causa posible de la situación de dependencia y aún más, cualquier omisión de requerir apoyos médicos en cualquier grado. No se consideran las particulares vulnerabilidades que puede suponer una situación de dependencia, su gradualidad y, aún más importante, el papel que los cuidadores tienen en las decisiones cotidianas de este grupo poblacional. Lo que se agrava en la interseccionalidad⁸⁸ que se produce con las vulnerabilidades propias de la vejez.

III. CONTENIDO Y NATURALEZA JURÍDICA DE UN SEGURO DE DEPENDENCIA Y SUS DESAFÍOS FRENTE A LA NUEVA LEY DE CUIDADOS PALIATIVOS

Determinar la naturaleza del seguro de dependencia y el alcance de las prestaciones asociadas es relevante en cuanto al aporte que puede significar a la consecución de las garantías establecidas en la Ley 21.375, particularmente en el caso de personas mayores. La ley 21.375 incorpora una doble calificación de enfermedad grave y de enfermedad incurable en su artículo 2. En ambos casos, la dimensión de la condición de salud que presenta la persona la pone en una condición de requerir cuidados o apoyos para el desarrollo de las tareas cotidianas.

A diferencia de lo que ocurre con el seguro de dependencia, la Ley de cuidados paliativos dialoga con un sistema de prestaciones en especie –ya no solo en efectivo– y no discrimina respecto de los rangos etarios. Esta falta de armonía sistémica entre las prestaciones privadas y la generación de un seguro –mixto o privado– repercute en el alcance de mecanismos que, importados de legislaciones comparadas, no responden a las necesidades de morigerar gastos privados de cuidados, reconocer la labor de cuidado informal o retrasar el ingreso a hospitalizaciones.

1. NATURALEZA DEL SEGURO DE DEPENDENCIA

El seguro de dependencia, cualquiera sea el contenido de la prestación, se rige por las normas propias del Código de Comercio. En dicho cuerpo normativo se presenta una clasificación en que se distingue entre los seguros de personas y de daños, en relación con el riesgo. En este caso, al ser el riesgo asegurado una cuestión que afecta la existencia, integridad corporal o salud, debiera entenderse como un seguro de personas. Lo anterior porque, conforme al artículo 544 del Código de Comercio, los seguros son de daños o son de personas. En Chile se distingue entre los seguros del Primer Grupo, en los que se otorga

⁸⁸ PIÑA y GÓMEZ (2019) p. 27.

cobertura sobre las cosas o el patrimonio, y los del Segundo Grupo, que son aquellos que cubren los riesgos sobre las personas o aseguran un capital o una renta de estas, lo que se deduce del artículo 8 del D.F.L. N° 251 de 1931.

En el seguro de dependencia, valga la redundancia, el riesgo está constituido por una situación de dependencia, entendida como la pérdida de autonomía física o mental del asegurado, lo que se deberá determinar a través de evaluaciones clínicas con parámetros claros como son, entre otros, las escalas que se han mencionado en apartados anteriores, es decir una necesidad concreta de cobertura. El riesgo, cuya relevancia social se ha intentado justificar hasta este punto, debe ser determinado de forma previa al contrato al igual que las prestaciones asociadas a la ocurrencia del siniestro⁸⁹. Esto es propio de los seguros de personas, ya que la evaluación del valor del riesgo surge de lo pactado: Si llega a producirse el siniestro, el asegurador ha de pagar el monto previamente pactado, prescindiendo de la determinación posterior del daño. La cantidad que ha de pagarse por el asegurador se encuentra tarifada previamente, lo que no significa que no se encuentre determinada, sino que está evaluada en el contrato y previamente.

En cuanto a su prestación, el seguro de dependencia está más relacionado con el de vida. Esto es, un seguro en que el asegurador asume la obligación de entregar al asegurado una determinada cantidad de dinero, fijada previamente en el contrato, antes de que el siniestro ocurra, y que no es un daño cierto económico sufrido por el asegurado, más bien es una forma de sobrellevar la pérdida de autonomía y que ayuda a sufragar pagos por asistencias relacionadas a la dependencia. De esta manera el seguro se contempla como una forma de preservar la autonomía del asegurado.

La lógica normativa del seguro tiene habitualmente como prestación una obligación de dar. Comprender el seguro en el contexto de una categoría de seguro de vida –o incluso, de seguro de salud– supone que dicha prestación tiene únicamente un contenido indemnizatorio. Sin embargo ¿es posible comprender un contenido de ‘hacer’ como parte de la prestación comprometida por el seguro? En principio sí, bajo la expresión “otras prestaciones”, que como señala Ríos “confiere una flexibilidad en la elaboración de lo que denominaremos como productos de seguros y refrenda nuestra opinión de recoger el artículo 512 la concepción dualista de este contrato”⁹⁰.

En el escenario de cuidados paliativos, el seguro de dependencia debería ser comprendido como uno de obligaciones de dar y hacer para poder satisfacer las obligaciones derivadas del derecho universal a los cuidados paliativos. En lo que respecta a las de dar, porque de acuerdo con las coberturas planteadas anteriormente deberá contener prestaciones dinerarias, y de hacer porque pone a disposición del asegurado servicios, garantizando al asegurado dependiente estos últimos a través de un tercero. En este sentido, la finalidad de la Ley de cuidados paliativos se aviene con los contenidos propios de un seguro de dependencia porque sus prestaciones, las de asistencia, son propias de la cobertura del seguro de dependencia como los cuidados asistenciales para mejorar la calidad de vida del asegurado.

⁸⁹ VEIGA (2007).

⁹⁰ RÍOS (2015) p. 33.

Esto es lo que interesa en un seguro de dependencia, la fungibilidad y la obligación de medios comprometida. Lo expuesto no es un rasgo presente actualmente en Chile, porque hoy tiene un claro énfasis en solo pretender compensar pecuniariamente al asegurado. Planteará un desafío a futuro comprender este último nuevo aspecto. Particularmente, con los desafíos que se han presentado respecto de las personas mayores y las adaptaciones que la lógica contractual debería incorporar para hacer efectivas las obligaciones y representar el interés social.

La condición de asegurabilidad y las hipótesis de pago de configuración del siniestro están asociadas a las asignaciones de nivel de dependencia y las prestaciones de asistencia domiciliaria que se desarrollan en el siguiente apartado. En la hipótesis que el seguro no puede ser cobrado por el beneficiario, como se conviene en el pago de una renta mensual indicada en las Condiciones Particulares de la póliza al asegurado, basta que este último acredite encontrarse en un estado de dependencia⁹¹.

2. PRESTACIONES ASOCIADAS AL SEGURO DE DEPENDENCIA

La oferta revisada en el mercado nacional respecto de prestaciones asociadas a la situación de dependencia corresponde generalmente a la indemnización por los gastos médicos que incurra una persona por encontrarse en un estado de dependencia. El monto, por sí solo, suele ser insuficiente en relación con los gastos que supone dicha condición y no considera –como sí sucede en otras legislaciones– que la dependencia no es un problema individual, sino que afecta al colectivo en que se inserta la persona, particularmente, la familia y cuidadores.

Una indemnización que no cubriese un monto único, sino de la forma en que enuncia la oferta de seguro de dependencia, ya se hace de la manera que señala la POL320200069 a propósito del “Beneficio de Salud Mental”. Bajo este beneficio, la compañía

cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico, de salud mental o dependencia, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional o de bienestar u otro seguro o convenio, si así fuera pactado en las condiciones particulares, de acuerdo con los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

⁹¹ En la POL320140020, se señala que “el inicio de pago de la renta mensual pactada como indemnización se efectuará a partir del cuarto mes siguiente a la fecha de acreditado ante la aseguradora el estado de dependencia del asegurado, conforme se estipula en el presente contrato de seguro. La renta mensual será pagada mientras el asegurado se encuentre en un estado de dependencia (...) y hasta el plazo máximo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza o hasta el fallecimiento del asegurado, lo que ocurra primero. Con el primer pago de la renta mensual, se pagará al asegurado por una sola vez un capital adicional, equivalente al número de veces de la renta mensual, que se establece en las Condiciones Particulares de la póliza. La prima se deberá pagar hasta el término del período convenido en las Condiciones Particulares, o hasta el fallecimiento del asegurado, si este ocurre antes. No obstante, el contratante quedará exonerado del pago de las primas correspondiente al asegurado, desde el momento en que el asegurado sea declarado en estado de dependencia, volviéndose a restablecer la obligación de pago de prima en el supuesto de que la situación de dependencia del asegurado cesase”.

Estos comprenden “gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía [y] gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue”.

De esta forma, el seguro privado de dependencia se entiende como uno que destine sus esfuerzos a suplir o complementar las carencias del sistema público o privado de salud, y que debiera depender del nivel de renta del tomador; de la cantidad de cargas familiares y correspondería complementarlo con las medidas de seguridad social implementadas por el Estado.

En este sentido, es posible ampliar la casi nula oferta del seguro de dependencia, integrando los ámbitos público y privado, lo que permitiría una mejor cobertura para personas en situación de dependencia. La posible oferta de seguros de dependencia puede comprender a beneficiarios de protección social.

Una segunda opción es un seguro que integre prestaciones de diversa índole que excedan solo la indemnización, y que consideren, al activarse determinados parámetros, una prestación que permita un alivio para la familia o cuidador como cuidados de largo plazo. Para una prestación de esta naturaleza existirían dos opciones análogas a lo que la OCDE ha categorizado respecto de cuidados a largo plazo: la prestación de servicio *in-kind* o la entrega de subsidios monetarios *in cash*⁹². “La primera corresponde a los cuidados en el hogar: servicios como asistencia en cuidados personales (ayuda para bañarse y vestirse), ayuda en labores del hogar (preparación de comidas), realización de actividades sociales, y servicios de enfermería y transporte. Y la segunda, a las instituciones de cuidados a largo plazo: derecho a usar servicios e instalaciones de las instituciones acreditadas para estos fines”⁹³.

Lo anterior es posible de inferir del análisis de las respuestas de 2553 adultos mayores de 60 años a la pregunta F.16.a de la Encuesta Nacional de Protección Social, que señala “Considerando su estado de salud, ¿cuánta dificultad tiene para realizar las siguientes actividades?”. Se puede ver una tendencia al aumento de la proporción de personas con requerimientos de apoyo para once de las doce actividades incluidas en esta pregunta, que son: bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina); vestirse; comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos); acostarse y levantarse de la cama; moverse/desplazarse dentro de la casa; utilizar el W.C. o retrete; salir a la calle; hacer compras o ir al médico; realizar sus tareas del hogar; hacer o recibir llamadas; caminar largas distancias; y ejercicio extenuante o intenso.

⁹² VILLALOBOS (2017).

⁹³ VILLALOBOS (2017).

FIGURA 3

Proporción de encuestados por grupo etario con dificultad severa o extrema para realizar actividades cotidianas

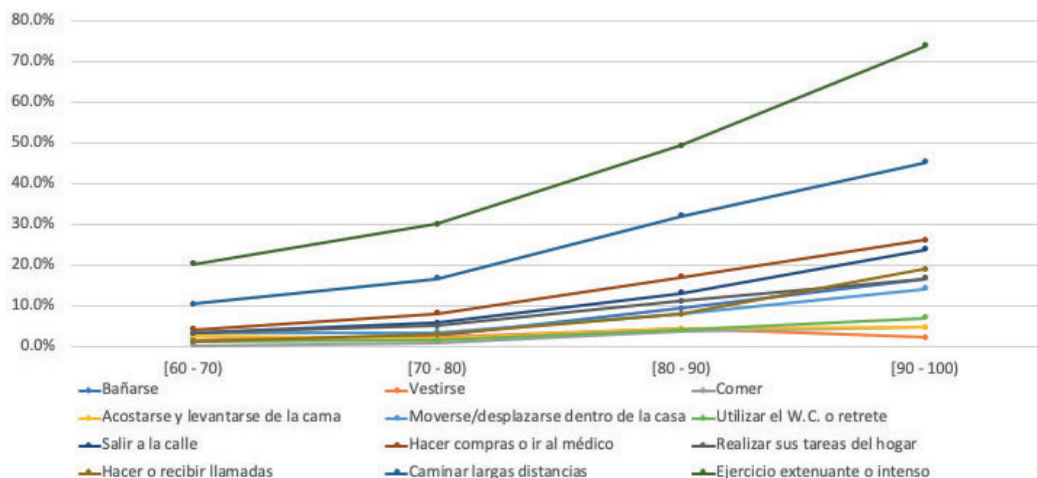


Tabla de elaboración propia a partir de la Encuesta nacional de protección social sobre la tendencia por edad en dificultad severa o extrema para realizar actividades cotidianas.

El análisis preliminar de los encuestados de la EPS sugiere que los adultos mayores pueden volverse dependientes a medida que envejecen, y que es necesario seguir investigando este fenómeno, lo que da cuenta de la importancia de estudiar la situación de los cuidadores con mayor profundidad; de la necesidad de implementar medidas para asegurar el bienestar de las personas en situación de dependencia y de sus cuidadores; y de evaluar el contenido de las prestaciones asociadas al seguro de dependencia, como medida particular.

3. PRESTACIONES DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

La incorporación de obligaciones de hacer en las pólizas de seguro no es extraña a la oferta actual de pólizas, como ocurre en algunas prestaciones de seguros de garantía, como la de levante de mercancías⁹⁴ o el seguro de asistencia domiciliaria⁹⁵. Sin embargo, estas prestaciones suelen asociarse a seguros de daños y no a seguros de vida por el riesgo que se busca trasladar mediante el contrato de seguros.

Ahora bien, tampoco es ajeno al mercado la disposición de cláusulas que incorporen la asistencia para casos de dependencia transitoria sin que se denominen con ese concepto a través de la prestación de “cuidado asistencial: Ayuda para realizar actividades cotidianas (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un técnico de la salud o asistente de enfermería”⁹⁶.

⁹⁴ HOYOS (2012).

⁹⁵ Ver, por ejemplo, POL120130090, POL120130176; POL120130670; POL120131240; POL120150656, POL120140030.

⁹⁶ POL320210221; POL320210219.

No obstante, la asistencia domiciliar, entendida de esta última forma, suele excluirse de los cuidados asistenciales que se prestan en virtud de la póliza⁹⁷, incluso en el caso de enfermedades que pudieran catalogarse como catastróficas, como es el caso de condiciones oncológicas o las afecciones coronarias y en pólizas cuya cobertura está vinculada a enfermedades graves⁹⁸. Lo mismo sucede con los cuidados paliativos que suelen excluirse de las pólizas como cuidados particulares⁹⁹ y cuando estos son considerados un riesgo, son compensados con prestaciones de carácter dinerario¹⁰⁰.

En este sentido, los seguros de enfermedades catastróficas, cuyo riesgo es diverso al propuesto para el caso de personas mayores dependientes, generalmente tiene como prestación asociada el pago directo a los prestadores de salud por los gastos médicos en que se incurre para el restablecimiento de la salud¹⁰¹. Se pueden encontrar seguros de enfermedades catastróficas cuya condición para verificar la ocurrencia del siniestro es ser menor de 65 años, pero ello deberá cambiar debido a la aprobación de la ley 21.375 que consagró los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves¹⁰².

IV. CONCLUSIONES

1. El seguro de dependencia debiera considerar aspectos que superen la afectación estricta del asegurado, y expandirse a su entorno de vida. Esto comprende a los cuidadores en lo relativo al desarrollo de actividades básicas del mismo o de la persona dependiente, con prescindencia del rango etario de ambos.
2. Ante la observancia de la falta de un concepto unitario de dependencia en la legislación chilena, esta como mínimo debe ser distinguida de la discapacidad, incapacidad y la invalidez.
3. La incorporación en la legislación chilena de una ley de cuidados paliativos impone la revisión de las prestaciones ofertadas en el mercado de seguros chileno, ampliándolas hacia prestaciones de dar y hacer más extensas de acuerdo con las condiciones de salud del asegurado.
4. La ayuda a personas en situación de dependencia no se agota con la generación de un seguro de carácter contributivo o de subsidios en dinero estatales, sino que requiere la incorporación de coberturas o apoyos a necesidades que comprendan características propias del dependiente, que puede ser un adulto mayor.

⁹⁷ Ver, por ejemplo, POL320180003; POL320160191; POL320160228; POL320160268.

⁹⁸ Ver, por ejemplo, POL320180017.

⁹⁹ Ver, por ejemplo, POL320170050, POL320150617 y POL22013157.

¹⁰⁰ La POL320210032 define cuidados paliativos como “Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado: Consiste en la asistencia integral y activa al paciente y a su entorno, por un equipo multidisciplinario, siendo el objetivo esencial del tratamiento asegurar la máxima calidad de vida posible tanto al paciente como a su familia, ya sea en cáncer progresivo o no progresivo”.

¹⁰¹ Ver, por ejemplo, POL 320210032.

¹⁰² Ver, por ejemplo, POL320130590, que señala: “Que la Invalidez Permanente Dos Tercios y que las Enfermedades Catastróficas se produzcan antes que el asegurado cumpla los 65 años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza. - Que la Invalidez Permanente Dos Tercios y que las Enfermedades Catastróficas se originen u ocurran durante la vigencia de esta póliza”.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ASAHARA, Kiyomi; MOMOSE, Yumiko y MURASHIMA, Sachiyo (2003): “Long-Term Care Insurance in Japan: Its Frameworks, Issues and Roles”, *Dis Manage Health Outcomes*, 11 (12): pp. 769-777.
- BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM (2022): Disponible en https://www-bundesgesundheitsministerium.de.translate.goog/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html?_x_tr_sl=auto&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es. Fecha de consulta: 14/10/2022.
- CÁMARA DE DIPUTADOS (2018): *Boletín 12212-13 de 2018 que Mejora pensiones del sistema de pensiones solidarias y del sistema de pensiones de capitalización individual, crea nuevos beneficios de pensión para la clase media y las mujeres, crea un subsidio y seguro de dependencia, e introduce modificaciones en los cuerpos legales que indica*. Disponible en <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12718&prmBoletin=12212-13>. Fecha de consulta: 17/06/2021.
- CAMPBELL, J. C. (2014): “Japan’s Long-Term care Insurance Sytem”, en *Eldercare Policies in Japan and Scandinavia*, CAMPBELL, J. C., EDVARSDEN, U., MIDFORD, P. & SAITO, Y. (eds.) (Nueva York, Palgrave Macmillan).
- CHEN, L., ZHANG, L., & XU, X. (2020): “Review of evolution of the public long-term care insurance (LTCI) system in different countries: influence and challenge”, *BMC Health Services Research*, vol. 20, N° 1, pp. 1-21.
- CIEDESS (2014): “Análisis prospectivo de un seguro de dependencia para adultos mayores”. Disponible en: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/publicaciones/documentos-de-trabajo/2014-2016/011-dt-2014-01-analisis-prospectivo-seguro-obligatorio-dependencia.pdf>. Fecha de consulta: 17/06/2021.
- COMISIÓN PERMANENTE DE FAMILIA Y ADULTO MAYOR DE CÁMARA DE DIPUTADOS (2014) “Política Integrada del Adulto Mayor Dependiente”. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21007/4/cuidados%20a%20las%20personas%20dependientes_Final_v4.pdf. Fecha de consulta: 17/12/ 2021.
- NACIONES UNIDAS (sitio web): *Envejecimiento*. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>. Fecha de consulta: 14/10/2022.
- ESCUREDO RODRÍGUEZ, Bibiana (2007): “Las políticas sociales de dependencia en España contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales”, *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, N° 119: pp. 65-90.
- GERAEDTS, M., HELLER, G. V., & HARRINGTON, C. A. (2000): “Germany’s Long-Term-Care Insurance: Putting a Social Insurance Model into Practice”, *The Milbank Quarterly*, vol. 78, N° 3, 375-401.
- HOYOS, Carlos (2012): “El seguro de caución”. Disponible en: <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/El-seguro-de-Caucion.pdf>. Fecha de consulta: 29/12/2021.
- ISTITUTO NAZIONALE DI PREVIDENZA SOCIALE (sitio web). Disponible en: <https://www.inps.it/#>. Fecha de consulta: 14/10/2022.
- ISFORT, Michael (2013): “Anpassung des Pflegesektors zur Versorgung älterer Menschen”, *Aus Politik und Zeitgeschichte*, vol. 63, pp. 29-35.

- LEIVA, Ana María y otros (2020): “Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI”, *Revista Médica de Chile*, vol. 148: pp. 799-809.
- MAARSE, Hans (2012): “The Reform of Long-Term Care in the Netherlands”, *Eurohealth Systems and Policies*, vol. 18, N° 2, pp. 33-35.
- MARTÍNEZ-GIJÓN, Pablo (2012): *El Seguro Privado de Dependencia* (Barcelona, Marcial Pons).
- MINISTERIO TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL (2019): “Encuesta de protección social”. Solicitud de información. Disponible en: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/biblioteca/encuesta-de-proteccion-social/bases-de-datos-eps/>. Fecha de consulta: 10/01/2021.
- NADASH, P., & CUELLAR, A. E. (2017) “The emerging market for supplemental long term care insurance in Germany in the context of the 2013 Pflege-Bahr reform”, *Health Policy*, vol. 121, N° 6: pp. 588-593.
- PIÑA, Marcelo y GÓMEZ, Verónica (2019): “Envejecimiento y género: Reconstruyendo los roles sociales de las personas mayores en los cuidados”, *Revista Rupturas*, vol. 9, N° 2: pp. 23-38.
- PENSIONSMYNDIGHETEN (sitio web): Disponible en <http://www.pensionsmyndigheten.se>. Fecha de consulta: 14/10/2022.
- RÍOS, Roberto (2015): “Artículo 512 inciso 1°. Concepto de contrato de seguro” en RÍOS OSSA, Roberto (Dir.) y SCHIELE MANZOR, Carolina (Ed.), “*El contrato de seguro. Comentarios al título VIII, libro II del Código de Comercio*” (Santiago, Thomson Reuters - La Ley), p. 33.
- SCHUT, Frederik & BERG, Bernard (2010): “Long-Term Care Insurance in the Netherlands”, *Social Policy & Administration*, vol. 44, N° 4: pp. 411-435.
- SCHUT, Frederik (2021): “Increasing the Sustainability of Long-term Care in an Ageing Society: Lessons from the Netherlands”, 内閣府経済社会総合研究所 『経済分析』 第, vol. 202: pp. 244-252. Disponible en: <https://www.esri.cao.go.jp/jp/esri/archive/bun/bun202/bun202k.pdf>. Fecha de consulta: 16/01/2023.
- VEIGA, Abel (2007): “El seguro de dependencia”, *Revista cuatrimestral de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, vol. 71: pp. 235-266.
- VILLALOBOS, Pablo (2017): “Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE”, *Revista Panameña de Salud Pública*, 41: pp. 1-5.
- VILLALOBOS, Pablo (2019): “Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos”, *Revista Médica de Chile*, 147: pp. 83-90.

PÓLIZAS CITADAS, DEPOSITADAS EN LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO

CAD220131061
POL 208018
POL 210076
POL 320140020
POL 320140036
POL 320140037

POL 320140075
POL 320140088
POL 320140455
POL 320200069
POL 320200073
POL 320200217
POL120130090
POL120130176
POL120130670
POL120131240
POL120140030
POL120150656
POL22013157
POL320130590
POL320130796
POL320150617
POL320160191
POL320160228
POL320160268
POL320170050
POL320170208
POL320170254
POL320180003
POL320180017
POL320200131
POL320210147
POL320210156
POL320210189
POL320210219
POL320210221

NORMATIVA CITADA

CHILE, Código Sanitario.

CHILE, Decreto 162 (01/09/2017) Promulga la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

CHILE, Decreto Ley 3.500 (04/11/1980) Establece un nuevo sistema de pensiones.

CHILE, Ley 18.600 (19/01/1987) Establece normas sobre deficientes mentales.

CHILE, Ley 20.422 (03/02/2010) Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

CHILE, Ley 21.375 (14/10/2021) Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves.