

2020.11 ANEXO 1
PROYECTO DE ACUERDO

Extender la Aplicación del Plan de Garantías Explícitas de Salud GES durante el período que dure la pandemia COVI-19, en 13 de las 85 patologías incluidas en el listado de enfermedades cubiertas por el Plan y cuya cobertura esté sujeta a ciertas edades límite.

1. Presentación.

- En la actualidad, el Plan de Garantías Explícitas GES en Salud tiene por objeto garantizar la cobertura de ciertas enfermedades por parte de los seguros previsionales de salud Fonasa e Isapres, actualmente incluidas en un listado de 85 patologías vigente.
- De las 85 patologías que cubre el Plan GES, 13 tienen restricciones de edad, ya sea edades límite (hasta cierto año de vida) o que se otorgan en determinado año de vida. En este último caso, sobresalen dos que otorgan protección en salud dental, para los niños mientras tienen 6 años; o, para las personas que entran a la tercera edad y mientras se mantengan en el año 60 de vida.
- Para hacer efectiva las garantías del GES, un ciudadano debe acercarse a su Isapre o Fonasa con el certificado médico que acredite el diagnóstico y llenar un formulario especial, debiendo señalar el asegurador de salud el prestador o centro médico al que debe acudir para confirmar el diagnóstico. Si se confirma, es derivado al centro de atención de la red de prestadores, pudiendo recibir enseguida la garantía GES.
- En la actualidad y dada la contingencia de pandemia, una buena proporción los centros médicos que entregan prestaciones solicitadas a través de GES, no están atendiendo las solicitudes de atención, limitación que perjudica no solo a los pacientes para recibir sus tratamientos, sino que obtener el diagnóstico antes de iniciar su tratamiento.
- Cabe destacar que, durante el año 2019, a nivel nacional ingresaron al Programa GES más de 3.590.000 personas, de las cuales casi 3.400.000 están cubiertos por FONASA y casi 200 mil por las ISAPRE, como se muestra en el cuadro que se entrega en la página siguiente.
- De los más de 3,59 millones de personas atendidas en 2019, 672.148 personas se solicitaron protección en enfermedades sujetas a condiciones de edad. Es decir, casi el 20% del total de personas que solicitaron protección AUGE GES.
- Entre los más de 670 mil personas que solicitaron protección sujeta a límites de edad, 48.305 fueron personas mayores que solicitaron cobertura de salud oral integral (prestación AUGE GES N° 47), siendo quizás la única opción a bajo costo que ellos tienen para recuperar su salud oral y enfrentar en mejores condiciones su nueva etapa de vida. Posteriormente, los adultos mayores no tienen opción de

recibir protección dental con las ventajas de oportunidad y costo que representa el programa AUGE GES.

Casos GES cuya calificación está sujeta a rangos de Rangos de Edad máxima							
Nº PRESTACIÓN GES	PROBLEMA DE SALUD	Personas Ingresadas entre Enero y Diciembre 2019			Personas Ingr. entre Ene y Dic. 2019 solicitando protección a enfermedades con límites de edad		
		FONASA	ISAPRE	TOTAL	FONASA	ISAPRE	TOTAL
10	Escoliosis, tratamiento quirúrgico en menores de 25 años	804	79	883	804	79	883
14	Cánceres Infantiles	1.060	115	1.175	1.060	115	1.175
19	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Infantil	232.694	28.836	261.530	232.694	28.836	261.530
23	Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años	122.675	14.894	137.569	122.675	14.894	137.569
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años	23.788	2.544	26.332	23.788	2.544	26.332
30	Estrabismo en menores de 9 años	8.503	581	9.084	8.503	581	9.084
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	30.948	9.592	40.540	30.948	9.592	40.540
40	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	2.389	260	2.649	2.389	260	2.649
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	44.889	3.416	48.305	44.889	3.416	48.305
53	Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años	1.096	123	1.219	1.096	123	1.219
63	Artritis idiopática juvenil	310	86	396	310	86	396
66	Salud oral integral de la embarazada	131.015	11.273	142.288	131.015	11.273	142.288
77	Tratamiento de Hipoacusia moderada en menores de 2 años	141	37	178	141	37	178
TOTAL GENERAL		3.396.714	194.535	3.591.249	600.312	71.836	672.148
% SOBRE CASOS 2019					18%	37%	19%

ELABORACIÓN OFICINA PARLAMENTARIA
SENADOR DAVID SANDOVAL

2. PROYECTO DE ACUERDO:

- Considerando la dificultad y la necesidad de que la ciudadanía cuente con las garantías suficientes para acceder a recibir la protección AUGE Ges, los Senadores abajo firmantes patrocinan un proyecto de acuerdo para solicitar al Gobierno extienda la cobertura a todas las personas que, cumpliendo en la actualidad los requisitos de edad y mientras dure la situación de pandemia, no puedan ser atendidos en forma normal en los centros médicos vinculados a su asegurador de salud, ya sea el público FONASA o el privado Isapre. Asimismo, la atención debe extenderse a todas las personas que durante el 2020 dejaban de cumplir el requisito de edad establecido en el listado de patologías AUGE.

Senadores Patrocinantes:

SENADOR DAVID SANDOVAL

Santiago, 10 de noviembre de 2020

ANEXO 2 NOV 2020
MINUTA PARA ANALIZAR EL PROYECTO DE LEY DE ENVEJECIMIENTO
POSITIVO

A. ASUNTOS FORMALES

1. Nº de Boletín y Nombre: 13822-07: Ingresado el Martes 6 de Octubre, 2020. Para promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores, y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor.
2. Etapa y Comisión en que se encuentra: Primer trámite constitucional (Senado), encargado a la Comisión Especial de Adulto Mayor (Primer informe de comisión).

B. ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PROYECTO.

1. Estructura. El proyecto se estructura en cuatro títulos, en los que se establecen aspectos preliminares, cuidados, participación y modificaciones legales:

1.1. En el Título Preliminar: se establece el objeto, principios y criterios de interpretación de esta ley. Se consagran como principios que inspiran esta ley y la protección del adulto mayor el mejor interés del adulto mayor; la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía del adulto mayor; la igualdad y no discriminación; la participación, integración e inclusión plena y efectiva del adulto mayor en la sociedad; la internación como principio de última ratio y la igualdad de género en la vejez.

1.2. El Título I: se dedica a normar los cuidados, reconociendo a nivel legal ciertas líneas de acción del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Asimismo, se dispone que los directores de los Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro que reciben financiamiento del SENAMA, tendrán la representación legal de los residentes que ingresen al establecimiento, solo para efectos de cobrar ciertos ingresos cuyos beneficiarios directos son los adultos mayores.

1.3. El Título II: consagra ciertos derechos asociados a la participación y promoción del envejecimiento positivo. Se consagra por ley el “Sistema de Ciudades Amigables con los Adultos Mayores”. Además, se crean por ley los Consejos Asesores Regionales de Adultos Mayores como entidades asesoras del Servicio Nacional del Adulto Mayor en materias de políticas públicas orientadas a los adultos mayores en cada región.

1.4. El Título III: da cuenta de ciertas modificaciones legales. La primera de ellas dice relación con los sistemas de protección y acceso a la justicia, disponiéndose modificaciones a la ley N° 19.968 que crea los Tribunales de Familia, que tienen jurisdicción para conocer las causas de violencia intrafamiliar. El proyecto de ley crea la figura del “abandono social del adulto mayor”, que se produce cuando no existe un sujeto activo del acto de violencia intrafamiliar (maltrato

por omisión), para permitir al juez aplicar una medida cautelar de las señaladas en el procedimiento de violencia intrafamiliar (nuevo artículo 101 bis).

2. **La segunda modificación legal:** *Se enfoca en reconocer necesidad de proteger interés de los AM por trabajar aunque estén jubilados.* El proyecto incorpora al Código del Trabajo el contrato especial del trabajador adulto mayor. Dicho contrato especial podrá considerar la distribución de la jornada en bandas horarias o a libre elección. Esta modificación también incluye la regulación de la suspensión de los efectos del contrato de trabajo, una regla especial para el uso del feriado legal y los efectos que implica adquirir la calidad de trabajador adulto mayor cuando existe contratación previa a dicha situación, entre otros.
3. **La tercera modificación legal:** *Se enfoca en mejorar la institucionalidad.* El proyecto se vincula al fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor y especialmente del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Uno de los grandes temas en torno al Servicio Nacional de Adulto Mayor es que su público objetivo ha crecido rápidamente y tiene nuevos requerimientos que satisfacer, siendo necesario incorporar medidas que puedan robustecer su quehacer a nivel país.
 - 3.1. Así, modifica la ley N° 20.530 para establecer el “**Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia para los Adultos Mayores**” constituyéndose como una instancia de planificación de políticas y propuestas de vejez y envejecimiento. Adicionalmente, se modifica la ley N° 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, aumentando ciertas facultades del Servicio y del Director Nacional.
 - 3.2. Asimismo, propone que **las actuales Coordinaciones Regionales pasen a constituirse como Direcciones Regionales del Servicio en cada región del país**, con el objeto de promover su autonomía económica y administrativa, como también una rápida respuesta a nivel territorial.
 - 3.3. Por otro lado, **modifica la composición del actual Comité Consultivo del SENAMA**, equiparando la representatividad de adultos mayores respecto de los académicos que participan en él.
4. **Finalmente, el proyecto incorpora tres disposiciones transitorias.**
 - 4.1. **La primera:** establece la vigencia de la ley a contar de seis meses desde su publicación en el Diario Oficial.
 - 4.2. **La segunda:** indica que los Consejos Asesores Regionales de Adultos Mayores a que hace referencia esta ley serán los continuadores legales de los creados mediante decreto supremo N° 8, de 2008, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
 - 4.3. **La tercera:** dispone la norma de imputación de gastos.

C. DETALLES DEL PROYECTO.

1. **Presentación introductoria.** El proyecto de ley que se presenta asume una visión respetuosa de la autonomía de la persona mayor, dado que se respetan sus preferencias y opciones de acuerdo a la propia identidad biográfica. En consecuencia, se busca avanzar hacia una cultura inclusiva de la vejez, a través de estas instancias de participación ciudadana.

2. **Tres objetivos del proyecto:**

- a. La promoción del envejecimiento positivo,
- b. El cuidado integral de los adultos mayores, considerando la diversidad del envejecimiento con un enfoque territorial y de género a lo largo del país, y
- c. El fortalecimiento de la institucionalidad relativa al adulto mayor.

3. **Principios que consagra el proyecto:** El mensaje consagra como principios que inspiran el proyecto de ley y la protección del adulto mayor:

- a. el mejor interés del adulto mayor;
- b. la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía del adulto mayor;
- c. la igualdad y no discriminación;
- d. la participación, integración e inclusión plena y efectiva del adulto mayor en la sociedad;
- e. la internación como principio de última ratio; y,
- f. la igualdad de género en la vejez.

4. **Materias específica que trata el proyecto.**

- 3.1. **Respecto de los centros de cuidados de los AM.**

- Se consideran los cuidados, reconociendo a nivel legal ciertas líneas de acción del SENAMA. Se dispone que los directores de los Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro que reciben financiamiento del SENAMA tendrán la representación legal de los residentes que ingresen al establecimiento, solo para efectos de cobrar ciertos ingresos cuyos beneficiarios directos son los AM.

- 3.2. **Líneas para impulsar la participación de los Adultos Mayores.**

- Se consagran ciertos derechos asociados a la participación y promoción del envejecimiento positivo.
 - Se consagra por ley el “Sistema de Ciudades Amigables con los AM”.
 - Además, se crean por ley los Consejos Asesores Regionales de Adultos Mayores como entidades asesoras del SENAMA en materias de políticas públicas orientadas a los adultos mayores en cada región.

3.3. Otras modificaciones legales que contempla el proyecto de ley.

3.3.1. *Se proponen modificaciones legales relacionadas con los sistemas de protección y acceso a la justicia, disponiéndose modificaciones a la ley N° 19.968 que crea los Tribunales de Familia, que tienen jurisdicción para conocer las causas de violencia intrafamiliar.*

- i. El proyecto de ley crea la figura del “abandono social del adulto mayor”, que se produce cuando no existe un sujeto activo del acto de violencia intrafamiliar (maltrato por omisión), para permitir al juez aplicar una medida cautelar de las señaladas en el procedimiento de violencia intrafamiliar (nuevo artículo 101 bis).

3.3.2. *La segunda modificación legal incorpora al Código del Trabajo el contrato especial del trabajador adulto mayor. Dicho contrato especial podrá considerar la distribución de la jornada en bandas horarias o a libre elección.*

- i. Esta modificación también incluye la regulación de la suspensión de los efectos del contrato de trabajo, una regla especial para el uso del feriado legal y los efectos que implica adquirir la calidad de trabajador adulto mayor cuando existe contratación previa a dicha situación, entre otros.

3.3.3. *La tercera modificación legal fortalece la institucionalidad del adulto mayor y especialmente del SENAMA. Uno de los grandes temas en torno al SENAMA es que su público objetivo ha crecido rápidamente y tiene nuevos requerimientos que satisfacer, siendo necesario incorporar medidas que puedan robustecer su quehacer a nivel país.*

- i. Así, se modifica la ley N° 20.530 para establecer el “Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia para los Adultos Mayores” constituyéndose como una instancia de planificación de políticas y propuestas de vejez y envejecimiento.
- ii. Adicionalmente, se modifica la ley N° 19.828 que crea el SENAMA, aumentando ciertas facultades del Servicio y del Director Nac.
- iii. Cómo se aborda la coordinación regional.
 - Se propone que las actuales Coordinaciones Regionales pasen a constituirse como Direcciones Regionales del Servicio en cada región del país, con el objeto de promover su autonomía económica y administrativa, como también una rápida respuesta a nivel territorial.

- También se modifica la composición del actual Comité Consultivo de SENAMA, equiparando la representatividad de AM respecto de los académicos que participan en él.

2020 NOV ANEXO 3
MINUTA INFORMATIVA DE REUNIONES MARTES 24 NOVBRE. AVANCE DEL BOLETÍN 13914-13.

TRÁMITE DEL PROYECTO DE LEY RETIRO ÚNICO Y EXTRAORDINARIO DE FONDOS PREVISIONALES PRESENTADO POR PODER EJECUTIVO EL 18 DE NOVIEMBRE DE 2020, CON DISCUSIÓN INMEDIATA. INGRESADO EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL AL SENADO Y ASIGNADO A COMISIONES UNIDAS DE HACIENDA Y TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL.

En la mañana del martes 24 de noviembre de 2020 fue aprobado en general el proyecto del Ejecutivo , en segunda votación de la Comisión Unida de Hacienda y Trabajo y Previsión Social, con siete votos favorables (4 Senadores oficialistas más 3 abstenciones -S. Goic, S. Letelier y S. Pizarro- que en 2ª votación se sumaron a la mayoría:) y 3 en contra (Senadores Lagos, Montes y Muñoz).

Por la tarde-desde las 14.30 aprox-. continuó sesión para resolver artículos en particular, quedando aprobada la situación del articulado como se muestra a continuación:

Quienes pueden retirar y restricciones	Quienes no pueden retirar	Monto a retirar y condiciones	Impuesto	Plazo y condiciones de pago
Todos los afiliados que cuenten con saldos en las cuentas de su AFP, incluyendo los pensionados.	No pueden retirar funcionarios públicos de altas rentas (Ministros, Parlamentarios, gobernadores regionales, autoridades de servicio, asesores a honorarios (Art 38 bis Const.).	Se podrá retirar hasta un 10% del saldo disponible en la cuenta. Con: - Mínimo UF35 - Máximo 150 UF	Los retiros tributarán según Ley de la Renta, sin castigo adicional que actualmente se aplica a los retiros de APV.	Se pagará en dos cuotas: - La primera, máximo 15 días hábiles después de presentada solicitud. - La 2ª, a los 15 días después de pagada la primera.
Se rechazó opción de retiro a solo afiliados activos de altas rentas (sobre UF100) y reintegro obligatorio.		Con patrocinio Ejecutivo, se aprobaron indicaciones de Senadores Durana, Chahuán y Sandoval, que propusieron subir máximo posible a retirar.		Con patrocinio del Ejecutivo, se aprobaron mociones de s. Durana y S. Sandoval, que disminuye plazo de pago.

Según informa página del Senado y de acuerdo a las votaciones realizadas en la tarde, lo sustancial del texto aprobado es lo siguiente:

“Excepcionalmente, y en el contexto de la crisis sanitaria producida con ocasión del COVID-19, autorízase a los afiliados del sistema privado de pensiones a realizar de forma voluntaria un retiro por

hasta el 10% de los fondos acumulados en su cuenta de capitalización individual de cotizaciones obligatorias.

En cualquier caso, dicho retiro no podrá exceder de 150 Unidades de Fomento, ni ser inferior a 35 Unidades de Fomento (entre 4 millones 300 mil y fracción; y un millón 14 mil pesos), en caso de que los saldos acumulados en la cuenta así lo permitan. En el caso de que los fondos acumulados en su cuenta de capitalización individual sean inferiores a 35 UF, el afiliado podrá retirar la totalidad de los fondos acumulados en dicha cuenta.

Será impedimento para realizar dicho retiro el percibir rentas o remuneraciones se regulen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 38 bis de la Constitución Política de la República (Presidente de la República, Ministros de Estado, Gobernadores Regionales, Senadores y Diputados y sus asesores a honorarios).

La entrega de los fondos acumulados y autorizados de retirar se efectuará de la siguiente manera:

- i) El 50 por ciento en un plazo máximo de 15 días hábiles de presentada la solicitud ante la respectiva Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) a que pertenezca el afiliado.
- ii) El 50 por ciento restante en el plazo máximo de 15 días hábiles a contar del desembolso anterior.

ANEXO

El detalle del análisis por articulado se muestra en la siguiente tabla:

Nº de Artículo	Contenido original del artículo y referido a:	Resultado Votación y redacción final
Artículo 1º.-	<p>CONDICIONES GENERALES DEL RETIRO.</p> <p>Excepcionalmente, y en el contexto de la crisis sanitaria producida con ocasión del COVID-19, autorízase a los afiliados activos del sistema privado de pensiones regido por el decreto ley N° 3.500, de 1980, a realizar de forma voluntaria un retiro por hasta el 10 por ciento de los fondos acumulados en su cuenta de capitalización individual de cotizaciones obligatorias. En cualquier caso, dicho retiro no podrá exceder de 100 Unidades de Fomento, ni ser inferior a 35 Unidades de Fomento, en caso de que los saldos acumulados en la cuenta así lo permitan. En el caso de que los fondos acumulados en su cuenta de capitalización individual sean inferiores a los referidos valores, el afiliado podrá retirar la totalidad de los fondos acumulados en dicha cuenta.</p> <p>Con todo, en el caso que el afiliado registre una cuenta de capitalización individual de cotizaciones voluntarias o cuenta de ahorro voluntario en una Administradora de Fondos de Pensiones o en otra entidad autorizada, deberá primeramente retirar los fondos ahorrados en estos instrumentos y, una vez estos agotados, la diferencia que sea necesaria para completar el monto del retiro autorizado por esta ley.</p>	
Artículo 2º.-	<p>Estarán impedidos de solicitar el retiro a que se refiere el artículo 1º de la presente ley, las personas que se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:</p> <p>a) Que, a la fecha de la solicitud de retiro registren cotizaciones previsionales declaradas en el mes inmediatamente anterior a la solicitud, y cuyas remuneraciones sean iguales o superiores a 100 Unidades de Fomento.</p> <p>b) Que sus rentas o remuneraciones se regulen de conformidad a lo dispuesto en el artículo 38 bis de la Constitución Política de la República.</p> <p>Para efectos de verificar lo anterior, al momento de realizar la solicitud, el afiliado deberá presentar ante la respectiva Administradora de Fondos de Pensiones una declaración jurada simple en la cual dé cuenta que no se encuentra en ninguna de las situaciones descritas en los literales del inciso precedente.</p> <p>Con todo, la Administradora de Fondos de Pensiones respectiva deberá verificar la efectividad de lo declarado de acuerdo a las instrucciones que dicte al efecto la Superintendencia de Pensiones y en relación a la información</p>	<p>Aprobado con modificaciones, rechazándose la letra a.</p> <p>Ejecutivo entregó patrocinio para eliminar la exigencia de la letra a).</p>

Nº de Artículo	Contenido original del artículo y referido a:	Resultado Votación y redacción final
	a la que tenga acceso de conformidad a la normativa vigente. Para efectos de verificar el cumplimiento de los requisitos, podrá solicitar información o confirmación al Servicio de Impuestos Internos, a la Superintendencia de Pensiones, la Comisión para el Mercado Financiero, y a otras entidades u organismos públicos con competencia en la materia, debiendo resguardarse en todo momento la normativa de protección de datos personales aplicable.	
Artículo 3º.-	Los fondos retirados se considerarán extraordinariamente intangibles para todo efecto legal, y no serán objeto de retención, descuento, compensación legal o contractual, embargo o cualquier forma de afectación judicial o administrativa, ni podrán rebajarse del monto ya decretado de la compensación económica en el juicio de divorcio, sin perjuicio de la retención, suspensión y embargabilidad por deudas originadas por obligaciones alimentarias de conformidad a lo previsto en la ley N° 21.254.	Aprobado sin modificaciones
Artículo 4º.-	Los afiliados podrán solicitar el retiro de sus fondos hasta 365 días después de publicada en el Diario Oficial la presente ley.	Aprobado sin modificaciones
Artículo 5º.-	<p>La solicitud de retiro deberá ser presentada por el afiliado ante la Administradora de Fondos de Pensiones en la que se encuentre afiliado a la fecha de efectuar la solicitud y deberá hacerse preferentemente por canales digitales.</p> <p>Dichas entidades deberán adoptar medidas para resguardar las condiciones sanitarias en el caso de solicitudes presenciales.</p> <p>La Administradora de Fondos de Pensiones deberá, al momento de recibir la solicitud o, a más tardar, dentro de tercer día, informar al afiliado sobre el impacto esperado que tendrá en su futura pensión el retiro de los fondos solicitado. Además, se informará una estimación respecto del porcentaje de los fondos totales que corresponden a cotizaciones previsionales y el que corresponde a rentabilidad para un afiliado de sus características, de conformidad a lo que instruya la Superintendencia de Pensiones. Todo lo anterior deberá ser declarado y aceptado como conocido por quien solicita el retiro. La información deberá entregarse en un formato claro, sencillo y, de ser necesario, incorporando elementos gráficos que faciliten la comprensión de la información.</p>	Aprobado con modificaciones según las indicaciones solicitadas por senadores Durana y Sandoval y que contaron con patrocinio por escrito del Ejecutivo

Nº de Artículo	Contenido original del artículo y referido a:	Resultado Votación y redacción final
	<p>La entrega de los fondos acumulados y autorizados de retirar se efectuará de la siguiente manera:</p> <p>i) El 50 por ciento en un plazo máximo de sesenta días hábiles de presentada la solicitud ante la respectiva Administradora de Fondos de Pensiones a que pertenezca el afiliado.</p> <p>ii) El 50 por ciento restante en el plazo máximo de diez días hábiles a contar del desembolso anterior.</p> <p>La implementación del sistema de transferencias de fondos por parte de las Administradoras de Fondos de Pensiones será gratuita para los afiliados y no podrán realizarse cargos a éstos, incluyendo a aquellos que no soliciten o estén impedidos de realizar el retiro establecido en la presente ley.</p> <p>La Superintendencia de Pensiones deberá dictar las instrucciones necesarias para efectos de regular la operación del referido sistema de transferencia de fondos y pagos, así como todos los aspectos operacionales relativos a la solicitud del retiro de fondos.</p>	
Artículo 6º.-	<p>Los afiliados que soliciten el retiro de fondos previsionales de conformidad a la presente ley, deberán reintegrar los fondos retirados mediante una cotización adicional a su cuenta de capitalización individual de cotizaciones obligatorias, calculada sobre la renta o remuneración imponible que se declare para efectos del pago de la cotización obligatoria establecida en el inciso primero del artículo 17º del decreto ley N° 3.500, de 1980.</p> <p>La cotización adicional se mantendrá vigente por todo el período que sea necesario hasta completar el monto solicitado a la Administradora de Fondos de Pensiones de conformidad al artículo 1º. Cesará esta obligación al cumplirse la edad legal de jubilación, salvo que voluntariamente decida continuar realizando tales aportes.</p> <p>En caso de ser trabajador independiente, deberá considerarse esta cotización adicional a efectos de la aplicación de lo dispuesto en la ley N° 21.133.</p> <p>Esta cotización adicional tendrá el carácter de cotización previsional obligatoria, para todos los efectos legales.</p> <p>La Superintendencia de Pensiones deberá determinar la tasa de la cotización adicional aplicable, realizando para tales efectos un estudio que determine la tasa considerando los</p>	Rechazado el artículo 6º que exige reintegro obligado (o auto-préstamo).

Nº de Artículo	Contenido original del artículo y referido a:	Resultado Votación y redacción final
	parámetros de comportamiento del mercado laboral y el perfil de los afiliados. Asimismo, definirá el período desde el cual deberán enterarse estas cotizaciones adicionales. Esta entidad además regulará mediante norma de carácter general los procedimientos, operaciones y demás aspectos operacionales que sean necesarios para la implementación de esta disposición.	
Artículo 7º.-	<p>A efectos del cálculo del Aporte Adicional a que se refiere el artículo 53 del decreto ley Nº 3.500, de 1980, no se considerará el retiro efectuado de conformidad a esta ley, entendiéndose que tales montos, reajustados por el Índice de Precios al Consumidor, siguen formando parte del saldo por cotizaciones obligatorias del afiliado.</p> <p>La Superintendencia de Pensiones establecerá por norma de carácter general la forma de cálculo aplicable para estos efectos, la que deberá considerar los montos que se hayan reintegrado de acuerdo al artículo 6º.</p>	Rechazado
Artículo 8º.-	El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley durante el año presupuestario de su entrada en vigencia, se financiará con cargo a los recursos del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y en lo que faltare, con cargo a la Partida Presupuestaria Tesoro Público.”.	Aprobado

2020 NOV. ANEXO 4

MINUTA DE LA REUNIÓN DE ESPECIALISTAS VINCULADOS A MATERIAS DE ADULTO MAYOR, CELEBRADA VÍA ZOOM EL VIERNES 20 DE NOVIEMBRE 2020.

A. **Objetivo:** Iniciar el análisis de los puntos que surgen del proyecto de Ley sobre Envejecimiento presentado por el Ejecutivo, con una estrategia y organización que aborde su pertinencia, los elementos faltantes, proponer un programa renovado y propuestas para mejorar su estructura, formas y nuevos temas de fondo.

B. **Asistieron a esta reunión:**

- Abogada Ángela Arenas
- Médico Geriatra Gerardo Fasce
- Médico Geriatra Juan Carlos Molina
- Senador David Sandoval
- Asesor Parlamentario Nicolás Starck.

C. **Opiniones y Recomendaciones:** Una vez conectados todos los asistentes.

1. Senador:

- i. Agradece a todos que están conectados y expresar el interés de contribuir a perfeccionar esta iniciativa.
- ii. Señala que debemos aprovechar que finalmente se tiene un proyecto, que manifiesta la voluntad del Ejecutivo de abordar esta materia, al que en principio les falta bastante detalle, tiene el mérito de permitir el análisis, el que debe ser profundo, por capítulos o temas, proceso que debemos hacerlo en estas semanas.
- iii. Respecto del proyecto, comenta que lo que hizo el gobierno fue tomar los temas que ya estaban en desarrollo: ciudades amigables, el empleo, las coordinaciones regionales.
- iv. Sugiere que organicemos el análisis por materias, un procedimiento para abordar el proyecto, una estrategia con los especialistas y con otros que puedan sumar.
- v. En términos de estrategia de análisis de contenido, debemos abordar:
 - Mejorar el nombre y agregar líneas de acción que ya estén en legislaciones más avanzadas y más amplias;
 - Al inicio, establecer definiciones conceptuales;
 - Incorporar los Principios esenciales respecto del envejecimiento, la autonomía, los derechos y otros;
 - Tomar en cuenta el catálogo de derechos a partir de la Convención;
 - Abordar claramente el tema Institucional en su conjunto, de manera que se fortalezca SENAMA;
 - Después, abordar los asuntos específicos, como el Defensor del Pueblo, el Contrato de Trabajo.

2. Juan Carlos comenta:

- i. Lo positivo es que existe un proyecto un esqueleto al que se debe poner músculo y órganos.
- ii. Aunque hay que cambiar el foco desde un proyecto SenamaCéntrico hacia un proyecto PersonaCéntrico.

- iii. Pregunta si existe alguna urgencia que implique tener que fijar las prioridades. El Senador responde que no, lo que permite que se haga una revisión global, sumando a quienes puedan aportar a cada tema a analizar.
 - iv. Ha habido un liderazgo binarios, que deben cambiarse por liderazgos multidimensionales, que mire el conjunto
3. Gerardo señala:
- i. En un análisis rápido, vemos puntos que se deben abordar, aunque no están conectados progresivamente. Cambiar la mirada negativa del envejecimiento.
 - ii. Se debe cambiar la terminología, por ejemplo:
 - Persona Mayor
 - Envejecimiento Saludable.
 - Edad en la que se considera Adulto Mayor.
 - iii. Ver documentos base: Visión de la OMS, Convención de derechos.
 - iv. Generar grupos de trabajo en cada materia.
 - v. Que no sea necesario cambiar los términos con cada cambio de gobierno.
 - vi. Establecer una rutina de reuniones para sacar puntos en limpio.
4. Ángela precisa que la forma establecida en el proyecto sobre determinadas materias (Consejos regionales) obedece a reglas de derecho Administrativo: a considerar
5. Nicolás se quedará con la tarea de formalizar los temas operativos que surjan y que se señalan en los acuerdos-

D. Acuerdos:

1. Solicitar a la Biblioteca del Congreso un Informe de análisis sobre:
 - a. Análisis comparado de documentos vigentes: Convención y otros.
 - b. Análisis de experiencias y legislaciones internacionales.
2. Organizar grupos de trabajo para abordar las Áreas específicas: Salud, Trabajo, Vivienda, Ciudad y territorio, Familia, Redes sociales de las personas mayores, Institucionalidad.
3. Estructurar los resultados en capítulos progresivos:
 - a. Definiciones preliminares
 - b. Principios y conceptos
 - c. Áreas específicas.
4. Compartir con todos los Senadores los resultados de los análisis (Senador habló con presidenta Comisión para lograr una visión compartida del proyecto).
5. Focos que se debieran tener, a partir del piso que entregue tanto este proyecto como los análisis que se se realicen:
 - a. Política Nacional del Envejecimiento desde el Estado
 - b. Ley Integral del Adulto Mayor
 - c. Reingeniería del SENAMA
6. Próxima reunión: a sugerencia de Gerardo, acordar una durante la próxima semana, con la idea de organizar grupos chicos de trabajo y comprometer la entrega de compromisos quincenales.

Santiago, 23 de noviembre de 2020.

2020 NOV. ANEXO 5

MINUTAS DE ASISTENCIA A REUNIONES POR ASESOR PARLAMENTARIO SEN. D. SANDOVAL

MINUTA DE REUNIÓN COMISIÓN ESPECIAL DEL ADULTO MAYOR

LUNES 9 NOVIEMBRE 2020, 17.00 horas.

1. Expone Gerardo Fasce, Presidente de la Sociedad de Geriatria y Gerontología.
 - a. Señala que el proyecto va en la línea que la sociedad esperaba y reconoce el valor de lo que está evaluándose..
 - b. Hay heterogeneidad entre los am y las protecciones que recibe.
 - c. Destaca que hay distintas categorías de ELEM, que deberán tener mucha importancia en un plan de Seguro de Longevidad.
 - d. Destaca también que las ciudades amigables permitirá que los AM puedan mantener su relación con sus ciudades, al igual que los Consejos Regionales también lo harán.
 - e. No opina mucho sobre proyecto relacionado con Trabajo de los AM.
 - f. Sí propone que se incorpore una mirada externa con cierta periodicidad, para que agregue otros antecedentes más allá de las evaluaciones que haga el propio SENAMA.
2. Fundación Revivir. Constanza Daniels, ex gerente de Oportunidad Mayor.
 - a. Fundación de reciente creación.
 - b. Sugiere que se unifique el concepto Personas Mayores en vez de Adultos Mayores.
 - c. Está de acuerdo con el lineamiento del proyecto.
3. Asociación de Cajas de Chile. Tomás Campero, Presidente.
 - a. Es buen texto el proyecto de ley, amplio, misceláneo.
 - b. Observaciones de mejora más que de crítica:
 - i. Potenciar Senama como subsecretaría.
 - ii. Participación: Que ciudades amigables sea una experiencia concreta, con financiamiento que asegure que las municipalidades sean sostenibles en ese concepto.
 - iii. Que los Consejos de Participación sea más potente.
 - iv. Acceso a la justicia: potenciar la cobertura de los hogares en esa materia.
 - v. Inclusión ocupacional en vez de Trabajo. Ya es un avance, aunque se puede avanzar y complementar. NO se aborda seguridad y salud laboral, por las preexistencias que puede tener un AM: que haya un articulado que permita tomar ese título sin dificultades. Se puede ampliar también el concepto de contrato: puede haber otros roles, mentorías, asesoramiento. También desde el lado de las empresas, que podrían tener ciertos estímulos. Y reconversión, capacitación más potente. Igualmente respecto de otros temas como la permanencia: la mantención y cambio de los AM en sus puestos de trabajo.
4. Fundación Obra Don Guanella, Andrea Breller. Región de Aysén.
 - a. El proyecto valida que los Hogares puedan cobrar la pensión, dejando un % del 10% para que ellos puedan manejar una parte de sus recursos.
 - b. Propone que se trabaje la accesibilidad universal en tem a Ciudades Amigables, no solo para AM: Para discapacitados en general.
 - c. Fortalecimiento institucional: cuantos recursos se agregan a las regiones cada vez que se pide alguna actividad a nivel regional.
5. AMUCH. Presidente Francisco Peña, Alcalde de Loncoche. Habló sin apoyo.

- a. Ciudades amigables es un concepto al que adhieren de manera potente y al que pertenecen desde 2016 como municipio. En otros países se refiere a infraestructura, pero se ha adaptado acá a otros conceptos.
 - b. También sugiere que se reemplace el concepto de persona mayor en vez de adulto mayor. Esta mirada tiene que ver con una mirada interdisciplinaria, con mirada intergeneracional. También deben adaptarse las instalaciones de enchufes, precios en supermercados. Quieren hacer otras sugerencias por documento.
6. UNAP. Presidente Francisco Iturriaga.
- a. Se refiere a los pensionados que tienen precarias pensiones y a la deuda con pensiones del sistema de reparto.

La Presidenta cerró la reunión planteando las metas para las próximas sesiones

**MINUTA DE REUNIÓN COMISIÓN DE CONSTITUCIÓN, LEGISLACIÓN, JUSTICIA Y REGLAMENTO
VIERNES 13 NOVIEMBRE 2020, 17.00 HORAS.**

1. **Relación de Hechos:** Asistieron: Senadores de Urresti, quien preside; asisten Senadora Aravena, Senador Araya, Senadores Allende, Huenchumilla y Moreira. Preside el Senador de Urresti. A solicitud del presidente, el Secretario de la Comisión señala que la reunión tiene por objeto tratar en general y en particular 2º retiro del 10% del Ahorro Previsional. El proyecto que se analiza refunde tres boletines relacionados con la misma materia. La Mesa del Senado envió para ser tratado en general y en particular esta iniciativa de artículo único. Agrega el Secretario que, para su aprobación, este proyecto requiere voto conforme de 3/5 de Senadores en Ejercicio. En Diputados fue aprobado por 103 votos a favor.
2. **Invitados y exponen en la reunión.**
 - 2.1. Se invitaron a los Ministros de Hacienda y del Trabajo señor Ignacio Briones y de Trabajo y Previsión Social María José Zaldivar.

Introduce el tema el Ministro Cristián Monckeberg, señalando que el Ministro Briones expondrá en minutos, así como la Ministra Zaldivar será representada por el Subsecretario Pizarro. Resalta el Ministro Monckeberg que en la primera cámara, el Gobierno ha hecho reserva de constitucionalidad y, lo más relevante es que el gobierno espera llegar a un acuerdo de reforma integral sobre pensiones.

- 2.2. Expone el Ministro Briones, usando una presentación ppt como guía, fundamentando que el proyecto que se analiza tiene como fundamento la caída de ingresos de las familias y los planes desarrollados para paliar sus efectos.

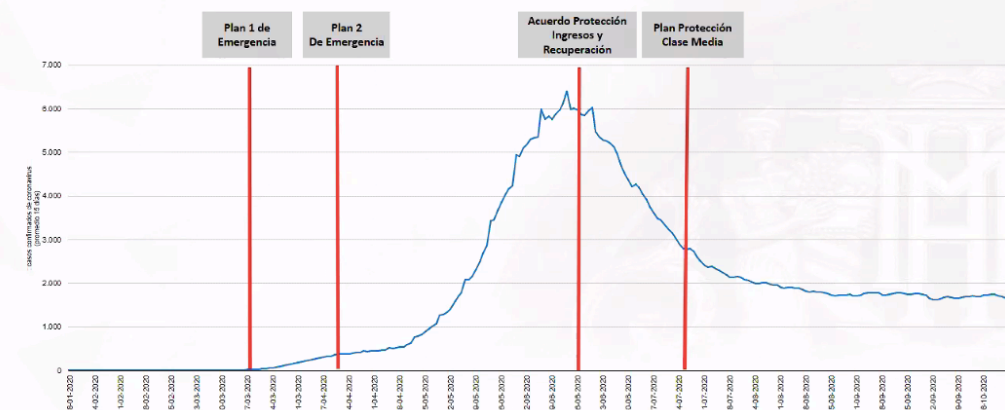


Enseguida, destaca el Ministro que el gobierno ha tenido una acción proactiva frente a los desafíos que implica atender los efectos económicos negativos que genera la pandemia. Destaca entre los hitos, cuatro iniciativas que han sido aprobadas en proyectos de ley que han tenido el respaldo del Congreso y que han permitido entregar diversos apoyos a la ciudadanía en forma directa, así como a los emprendedores y

empresarios. La primera surgió apenas 16 días después de haberse detectado el primer caso de COVID. En total se han comprometido unos US\$12.000 millones de dólares.



El Gobierno ha respondido de manera contundente a los efectos de la pandemia con 4 paquetes de medidas



Fuente: Elaboración propia, en base a Ministerio de Salud y Our world in data (<https://ourworldindata.org/>).

La suma de las ayudas desde el gobierno ha implicado mover más de US\$25.000 millones, de las cuales unos US\$5.100 millones se han destinado directamente a las familias, ya sea como subsidio y otros bonos. En transferencias directas a las personas, en los últimos seis meses se han destinado US\$6.000 millones, casi US1.000 millones mensuales.



Desde que inició la pandemia de COVID-19, el Gobierno ha movilizado mas de USD 25.000 millones en beneficio de las personas

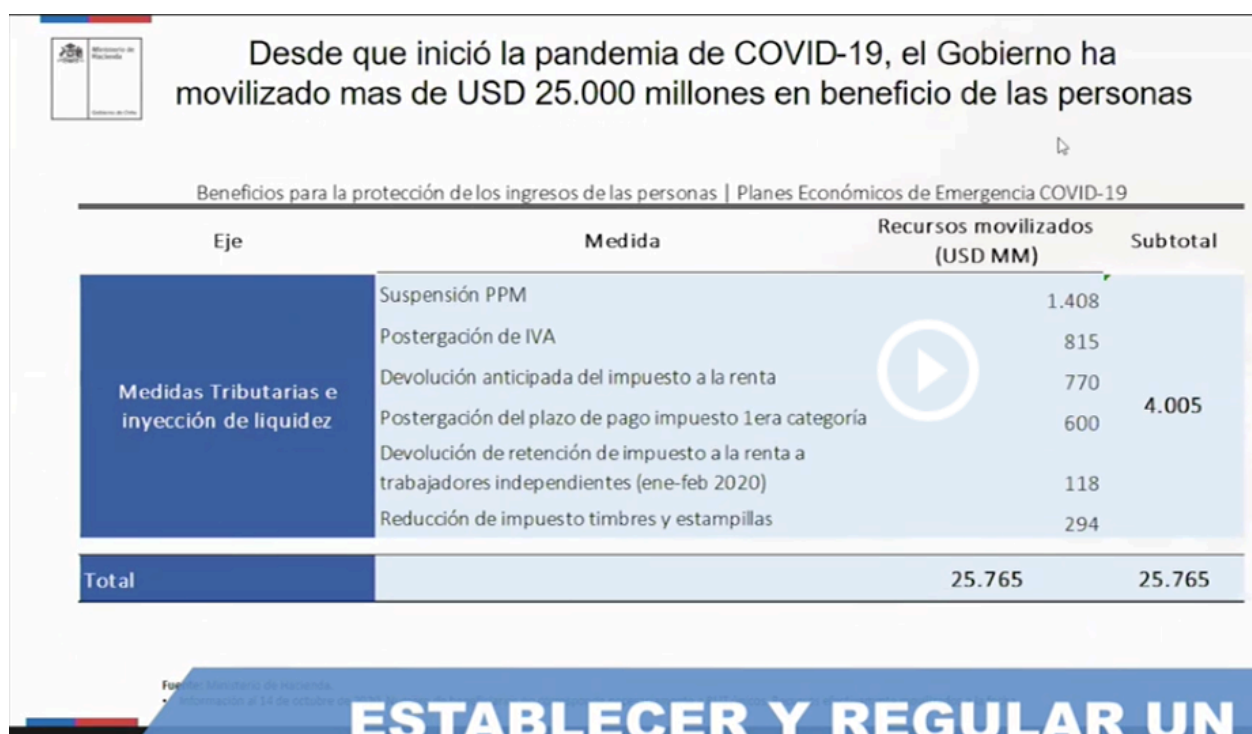
Beneficios para la protección de los ingresos de las personas | Planes Económicos de Emergencia COVID-19

Eje	Medida	Recursos movilizados (USD MM)	Subtotal
Transferencias Monetarias Directas	Bono Emergencia COVID-19	176	5.099
	Ingreso Familiar de Emergencia (6 pagos)	3.405	
	Bono Clase Media	1.013	
	Préstamo Solidario Clase Media (25% no reembolsable)	217	
	Bono Transportistas	49	
	Subsidio al Arriendo Clase Media	17	
	Recursos para Municipalidades 1 y 2	222	
Protección del Empleo	Ley de Protección del Empleo	1.179	1.423
	Uso adicional del Seguro de Cesantía (incremento del 30,5% con respecto a 2019)	244	
Créditos con Garantía Estatal	FOGAPE	13.147	15.238
	Préstamo Solidario Clase Media (75% reembolsable)	651	
	Préstamo Solidario Transportistas	89	
	Programa Fogaín - CORFO	1.330	
	Fondo Mi Pyme - CORFO	21	

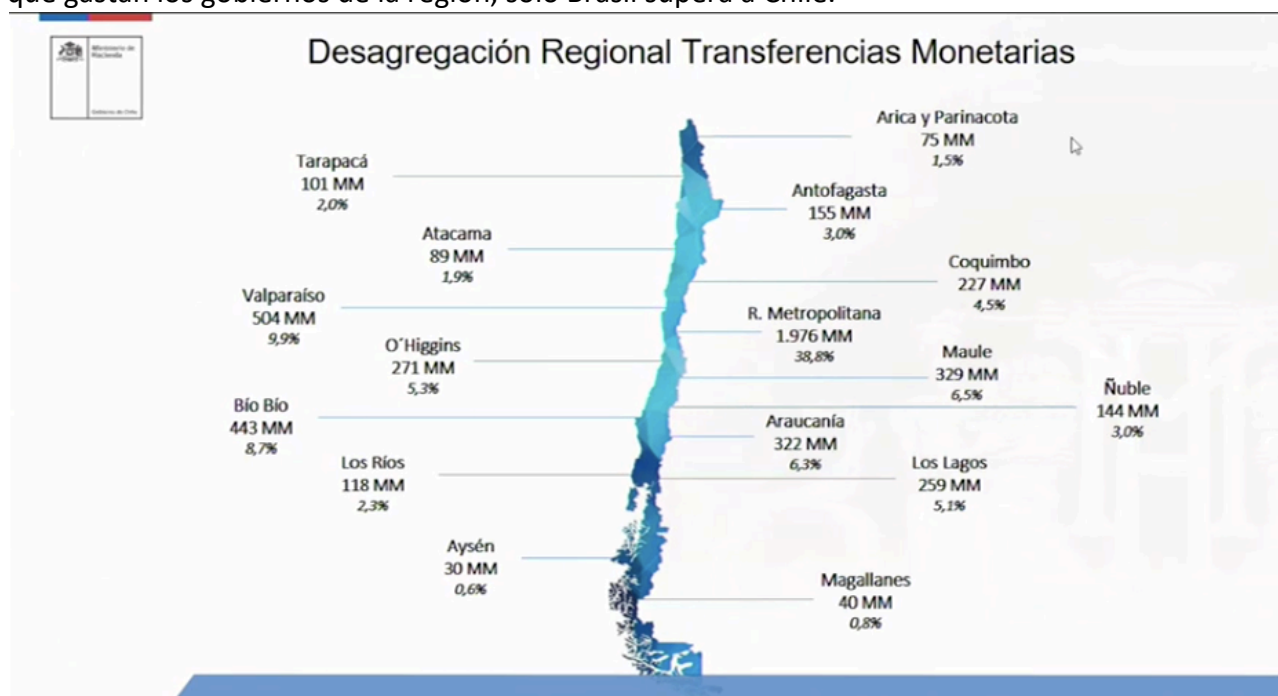
Fuente: Ministerio de Hacienda.

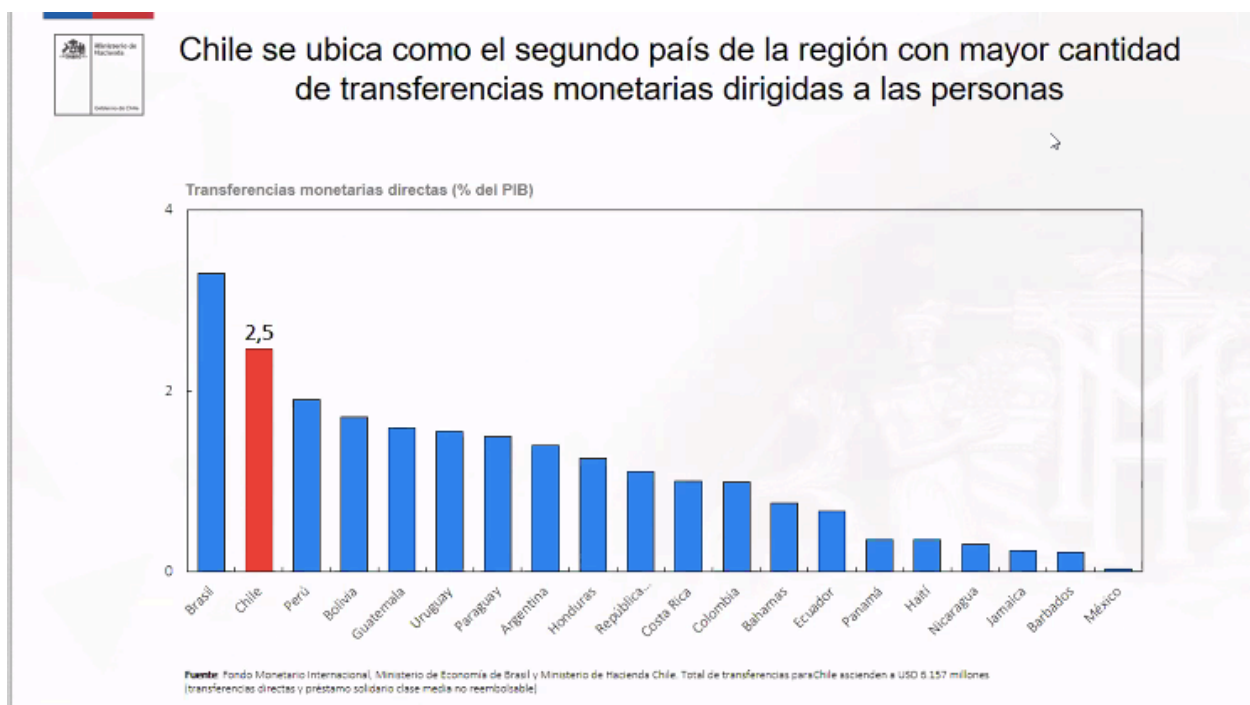
• Información al 14 de octubre de 2020. Numero de beneficiarios no corresponde necesariamente a RUT únicos. Recursos efectivamente movilizados a la fecha.

En resumen, el gobierno ha gastado mensualmente un monto similar al gasto anual que significó la reforma al Pilar solidario en su conjunto, estimado en alrededor de US\$1.000 millones mensuales.

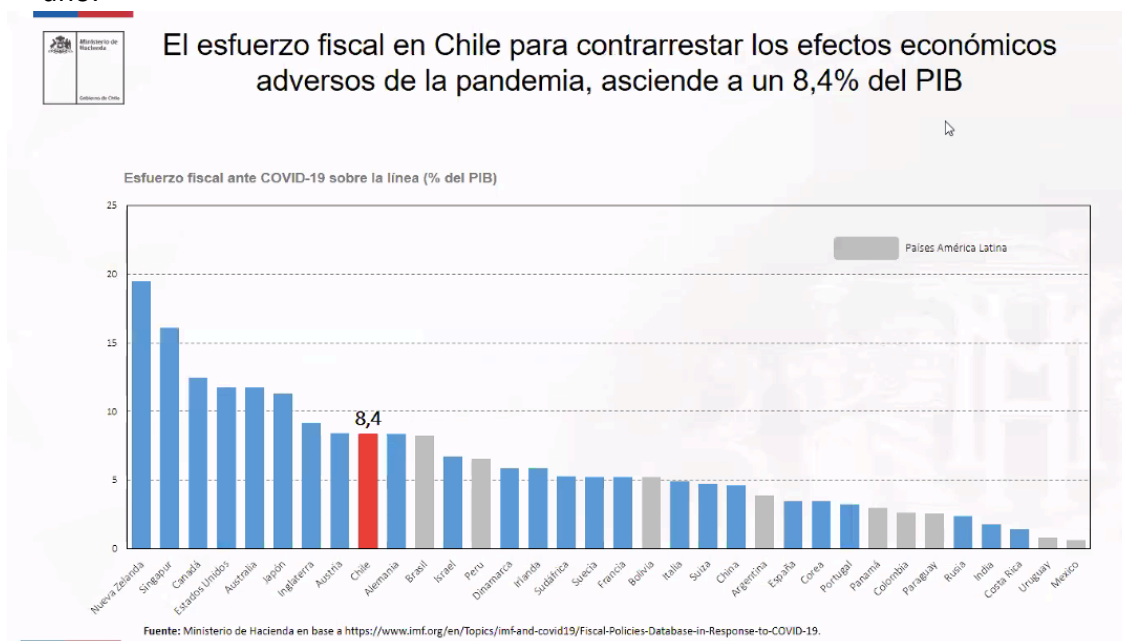


También, para desmitificar el aparente bajo gasto social, el ministro señala que, en relación a lo que gastan los gobiernos de la región, solo Brasil supera a Chile.

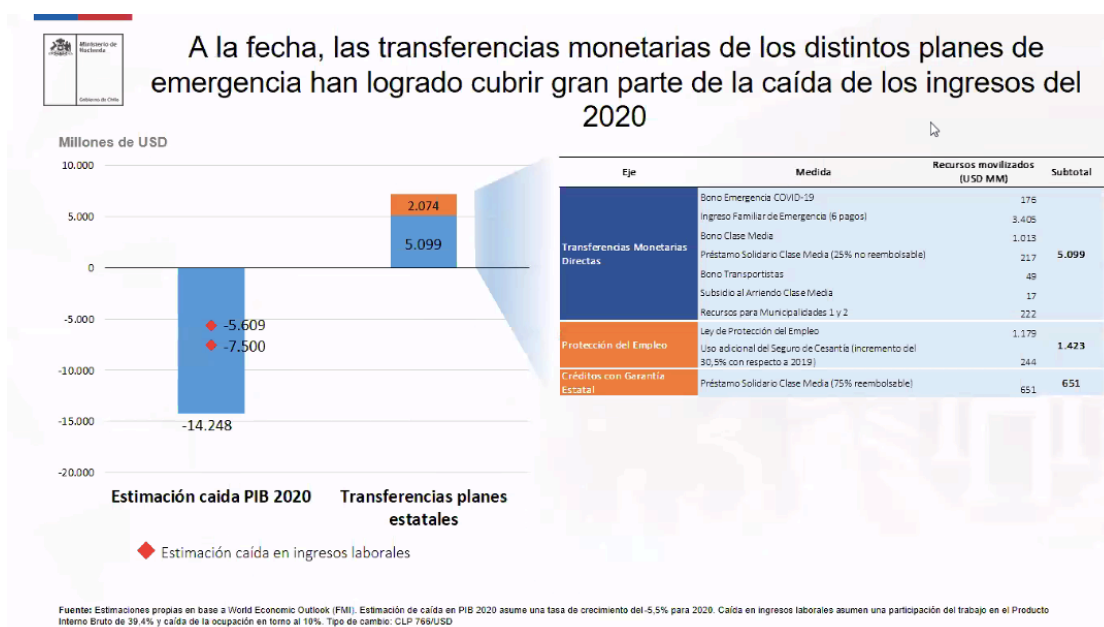




También, en relación a los países OCDE, Chile está por sobre la gran mayoría de lo que gastan como % del PIB respectivo, habiendo destinado ya un 8,4% del indicador de este año.



Para reafirmar lo señalado, el Ministro resume lo gastado por el país para atender la contingencia de las familias.



2.3. Intervinieron posteriormente:

- 2.3.1. Subsecretario de Previsión Social Claudio Pizarro, en representación de Ministra Zaldivar.
- 2.3.2. Senador Iván Moreira, quien respondió al Ministro Briones y pidió indicaciones para que deban pagar impuesto quienes ganan más y hagan el eventual retiro.
- 2.3.3. Senador Pêdro Araya: a contrario de senador moreira, propone que no se grave si no se va a APV.
- 2.3.4. Senadora Rincón. Ve que no hay propuestas del gobierno para muchas familias.
- 2.3.5. Senador Huenchumilla: defiende el derecho a los Senadores, como constituyentes derivados, para que puedan proponer iniciativas constitucionales transtorias.
- 2.3.6. Senadora Allende. Se pregunta: ¿Qué va a hacer el gobierno?
- 2.3.7. Senador De Urresti. Responde que, el Ministro briones entrega los mismos argumentos que dió en julio. Hacen una férrea defensa de sistema de capitalización. Porqué la respuesta siempre es economicista la respuesta de los ministros de hacienda?
- 2.3.8. Respondió Ministro.

3. Conclusiones del Asesor Parlamentario:

- 3.1. El Ministro expuso argumentos para mostrar que no era cierto que no se hubiese dado solución a la falta de recursos de una buena parte de la población.
- 3.2. Pero, no expuso acerca de cómo funcionan los mecanismos de distribución de esos recursos y si le están llegando a las familias de menores cursos y que son más informales. Lo anterior, pues si bien el 80% de la población pued emantenerse con ingresos o trabajo, es de difícil trazabilidad para que en el futuro se puedan volver a distribuir vía nuevos mecanismos tipo IFE u otros.

**MINUTA REUNIÓN COMISIÓN DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL
MIÉRCOLES 18 DE NOVIEMBRE DE 2020. EXPOSICIÓN DE PATRICIO BASSO a**

1. El especialista Patrio Basso señala que el 6 de julio hizo presentación a Dipres, donde también estaba Senadores Chahuán y Sandoval. Quiere que el Ministro de Hacienda muestre resultados de modelamiento de su propuesta.
 - a. Están bien los cálculos?
 - b. Respecto de los costos fiscales, pueden ir desde \$0 a lo que quiera el Estado. La decisión de donde pararse es técnica, cuanto es lo que quiere pagar. A octubre de 2019 eran 11 mil pensionados.
 - c. Si se quisiera pagar lo que hoy son las pensiones, en los próximos 10 años el costo es de \$40 millones de dólares.
2. Acuerdo: pedir a Ministerio de Hacienda los resultados de la modelación en base a las hipótesis de lo planteado por P. Basso.

**BREVES NOTAS TOMADAS EN REUNIÓN COMISIONES UNIDAS HACIENDA Y TRABAJO Y
PREVISIÓN SOCIAL
MARTES 24 NOVIEMBRE 2020 9.00 horas**

Proyecto ley 2º retiro del 10% presentado por Ejecutivo.

Votación en general del proyecto en la Comisión:

- | | |
|---------------------------|-------------|
| - Senador García Ruminot | a favor |
| - Senador Galilea | a favor |
| - Senadora Goic | se abstiene |
| - Senador Lagos W | en contra |
| - Senador Letelier | se abstiene |
| - Senador Montes | en contra |
| - Senador Muñoz | en contra |
| - Senador Van Rysenberger | a favor |
| - Senador Von Baer | a favor |
| - Senador Jorge Pizarro | se abstiene |

Resultado de la votación: 4 a favor, 3 en contra, 3 abstenciones, éstas últimas que se suman en segunda votación al voto a favor. Aprobado en general. Continúa sesión a la tarde.

BREVE ANÁLISIS COMPARATIVO PROYECTOS 2º RETIRO 10%				
Conceptos		Proyecto Modificación para 2º. Retiro 10%	Proyecto Ley del Gobierno 2º Retiro 10%	Diferencias y Comentarios
Atributo analizado	Detalle del atributo			
Tipo de iniciativa		Modificación constitucional	Proyecto de Ley	Difieren naturaleza iniciativa
Finalidad de la iniciativa		Modifica la Carta Fundamental, para establecer y regular un mecanismo excepcional de retiro de hasta el 10% de los fondos previsionales de los afiliados, refundiendo tres boletines.	Establece el derecho a un retiro único y extraordinario y voluntario de todos los afiliados activos, por hasta el 10% del saldo de las cuentas del fondo obligatorio	Misma finalidad
Cobertura		Permite el retiro a los AFILIADOS del Sistema regido por el DL 3.500	AFILIADOS ACTIVOS DEL SISTEMA QUE MANTENGAN CUENTA DE AHORRO OBLIGATORIO	Proyecto del Ejecutivo establece dos condiciones: Que quien retire debe ser afiliado activo; y, que tenga saldo en cuenta obligatoria
Estado de la tramitación.		Al 18/11: Proyecto avanza en 2º trámite: aprobado en Comisión Constitución y despachado a Sala. El Ejecutivo a través del ministro Cristián Monckeberg hizo reserva de constitucionalidad al término de la sesión.	AL 18/11: ingresado a Senado en 1er. Trámite, para discusión inmediata. Se destina a Comisiones Hacienda y Trabajo y Previsión Socil, unidas.	
Monto a retirar	Mínimo	35 UF. Si el saldo es inferior al mínimo, se puede retirar el total	35 UF. Si el saldo es inferior al mínimo, se puede retirar el total	Proyecto Ejecutivo establece tope máximo
	Máximo	150 UF	100 UF	
Plazo para efectuar la solicitud de retiro			Hasta 365 días después de publicada la ley	
Quienes pueden retirar		Todos los afiliados del sistema de pensiones con saldo en sus cuentas	Afiliados activos al sistema de pensiones	Ya señalado
Quienes no pueden retirar	Afiliados con remuns. Sobre tope impon.		Los afiliados activos que a la fecha de la solicitud hayan realizado cotizaciones por remuneraciones iguales o superiores a UF100	Proyecto del Ejecutivo considera: 1. Tope imponible Y 2. Que esté cotizando
	O Contratados art. 38 bis		Las personas cuyas rentas o remuneraciones se regulen de conformidad al art. 38 bis de la Constitución	Proyecto del Ejecutivo excluye a trabajadores contartados bajo art. 38 bis Const.
Exigencias en la solicitud de retiro		Trabajadores cuyas rentas o remuneraciones se regulen de conformidad al art. 38 bis de la Constitución deberán agregar información del retiro en su declaración de intereses.	Declaración jurada señalando que no presenta las limitaciones señaladas anteriormente	
Nº de cuotas para el pago		1 cuota	2 cuotas	Diferencia en Nº pagos
Fecha pago cuotas	Cuota 1	Cuota única se pagaría a los 15 días de presentada la solicitud a la AFP	50% del pago, 60 días después de presentada la solicitud	Mayor plazo en Proyecto Ejecutivo
	Cuota 2		El 50% restante, 10 días después de efectuado el primer pago	
Condiciones especiales pago		Las deudas originadas por obligaciones alimentarias serán descontadas, subrogándose por el solo ministerio de la ley y hasta el monto de lo adeudado por obligaciones alimentarias, en los derechos del afiliado deudor.		Proyecto del Ejecutivo: no señala exigencias de retenciones
Exigencias de reintegro	Obligatorio o facultativo	Si. Mecanismo facultativo. Afiliados que hayan retirado podrán reintegrar todo o parte de los fondos mediante u	Sí. Mecanismo obligatorio. La Superintendencia establecerá el mecanismo personalizado de acuerdo al perfil y situación laboral del afiliado que retire.	Difieren en condición de reintegro
	% de aporte adicional	Cotización voluntaria adicional del 5% mensual calculada sobre la última remuneración cotizada y que podrá enterarse durante todo el período que sea necesario para restituir el saldo retirado reajustado, pudiendo suspenderlo o discontinuarlo.	Afiliado que haya retirado debe efectuar cotización adicional hasta cuando adquiere derecho a pensionarse por vejez	Proyecto ejecutivo: Tasa que depende de situación del afiliado activo que retira. En el otro, 5%
Efectos del retiro en la cotización adicional SIS			Para efectos de la cobertura del SIS, la Compañía de Seguros no deberá considerar el retiro para efectos de completar capital de pensión de invalidez y/o sobrevivencia	Precisa base de cálculo ante evento de requerir Cobertura del SIS quien haya efectuado retiro
Efectos del retiro en el gasto fiscal			El eventual mayor gasto se incluirá en el presupuesto anual del MINTRAB y/o en el Presupuesto Público	Proyecto Ejecutivo señala cuenta que financiará mayor gasto fiscal eventual

Santiago, 10 de noviembre de 2020

Señor

Enrique Paris Mancilla

Ministro

Ministerio de Salud

Santiago

Presente

De nuestra consideración:

Como es de su conocimiento, la pandemia que aflige al mundo desde fin del año pasado, ha obligado a nuestras autoridades a restringir muy severamente el traslado de los ciudadanos, a fin de prevenir los contagios entre personas que provienen de distintos lugares.

En particular, quienes al interior de nuestro país deban viajar hacia o desde regiones que mantengan niveles altos de control por cuarentenas y por las razones que sean, como intervenciones y tratamientos médicos, trámites urgentes, funerales y otros, deben presentar el resultado de un examen PCR con suficiente vigencia. Entendemos que esa exigencia ayuda a detectar a personas que, sin saberlo, podrían portar el virus y contagiar asintóticamente, valorando las reglas que ha impulsado el Ministerio que usted encabeza.

Sin embargo, señor Ministro, hemos observado que, para que un ciudadano obtenga el certificado de PCR y pueda viajar, requiere no solo costear el correspondiente examen de laboratorio, que ya tiene un valor considerable, sino que, además, requiere que sea visto por un médico, siendo este profesional el que seguramente debe incorporar los datos a los sistemas de información gestionados por su cartera. Naturalmente, la participación del médico aumenta el costo del trámite, el que en una buena proporción de casos, termina superando el valor del pasaje. Esa situación, para muchas familias, especialmente las más vulnerables, representa un costo difícil de enfrentar.

Estamos de acuerdo en que hoy debemos hacer todos los esfuerzos para evitar que aumenten los contagios, aunque entendemos que debemos hacer esfuerzos para que los ciudadanos que deban viajar por razones fundadas no se vean impedidos de trasladarse por razones de costos.

Por las razones señaladas, señor Ministro, apreciaremos que su cartera evalúe simplificar los requisitos para obtener el certificado PCR a quienes deban viajar por razones fundadas, permitiendo que sean los laboratorios que realizan los exámenes los entes que puedan entregar directamente los certificados a los ciudadanos que requieren viajar, eliminando de esa forma la obligación de tener que pasar por un médico para obtener el permiso.

Reiteramos nuestro reconocimiento a los esfuerzos que realiza su equipo de trabajo, y apoyaremos todas las iniciativas que tengan ese objetivo.

Sin otro particular, le saluda muy atentamente y quedamos atentos a sus decisiones,

David Sandoval Plaza
H. Senador de la Republica

ANEXO 8.
PROYECTO DE MOCIÓN PARLAMENTARIA ¹
MEJORAMIENTO DE LA PROTECCIÓN EN SALUD DENTAL A LOS ADULTOS MAYORES DE CHILE

A. PRESENTACIÓN.

En la actualidad, Chile dispone para la comunidad distintos programas de salud oral, los que están destinados a adolescentes, niños y adultos mayores (6), pero desafortunadamente en su gran mayoría éstos están asignados exclusivamente para el beneficio de niños y adolescentes, dejando de lado a los adultos mayores sobre 60 años o a quienes están en situación de dependencia y que no pueden acceder a lugares de atención ambulatoria ².

En efecto, el programa de garantías en salud AUGE considera un servicio de Salud Oral Integral para los Adultos Mayores cuando éstos tienen 60 años, consistiendo en la atención odontológica realizada por un cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar su salud bucal mientras el adulto esté en su año 60 de edad (ver detalle en Anexo 1).

Como lo indica el Ministerio de Salud ³, *“la salud de bucal de las personas mayores es una condición fundamental para que disponga de una buena calidad de vida. Sin embargo, las enfermedades bucales son muy comunes en los adultos y adultos mayores de Chile, asociándose a prácticas de higiene deficiente, mala alimentación, consumo de alcohol y hábito tabáquico, entre otros factores.*

Consecuentemente, en los adultos se observan enfermedades bucales relacionadas con caries dentales, enfermedades de las encías y de los tejidos que sostienen el diente, teniendo como consecuencia, en muchos casos, la pérdida de dientes. Al respecto, según estudios nacionales, los adultos de 35 a 44 años ya han perdido, en promedio, 6 dientes y los adultos mayores de 65 a 74 años, 18 dientes. Las enfermedades bucales comienzan desde los primeros años de vida y tienden a aumentar con la edad ⁴ “.

Al respecto, por el proceso acelerado de envejecimiento que enfrenta nuestro país, los desafíos que deberá abordar en materia de salud para ese segmento etéreo requerirán

¹ Documento de trabajo preparado por la Oficina de Asesoría Parlamentaria del Senador David Sandoval, Presidente de la Comisión especial del Adulto Mayor, del H. Senado de la República de Chile.

² <http://repositorio.uft.cl/bitstream/handle/20.500.12254/546/Farcuh-Grasset%20%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³ <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-a-la-comunidad-salud-bucal/salud-bucal-en-adultos-y-adultos-mayores/>

⁴ La mejor forma de controlarlas es realizar una correcta higiene bucal con pasta fluorada, alimentarse sanamente comiendo verduras y frutas, productos lácteos y tomando agua fluorada, en vez de bebidas. Evitar fumar, consumir alcohol y alimentos ricos en azúcares.

efectividad y soluciones promedio de bajo costo. En efecto, mientras en Chile al año 2010, la población mayor de 60 años alcanzaba el 13% (INE, 2010), en el presente año 2020 o que se clasifica como población envejecida, para enfrentar este desafío se implementó a partir del 2007 la Reforma en Salud.

Este proceso de envejecimiento continuará creciendo, aunque cada vez de forma más lenta. En el Censo 1992, 6,6% de las personas tenía 65 años y más, pero en el Censo realizado en el año 2017, dicho segmento etario representó un 11,4% ⁵.

Para abordar las necesidades de salud bucal de dicha población, la reforma que creó el Programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), incluyó un conjunto de prestaciones de salud oral para todos los adultos de 60 años (MINSAL, 2011). Desde su implementación en el año 2005, un total de 11.864.093 personas han utilizado la reforma en las 69 prestaciones que cubre el GES; de éstas, un total acumulado desde Julio del 2007 a Marzo del 2011 de 101.641 adultos mayores de 60 años fueron beneficiados con el GES salud oral integral (Superintendencia de Salud, 2011a). ^{2,3,5}

Según lo publica la Universidad San Sebastián, en la población de 65 a 74 años, se observó que el 100% de las personas examinadas presentaba historia de caries, los que quedan fuera de la protección AUGE de tratamiento odontológico integral, al cubrir éste la atención dental solo en personas de 60 años, deficiencia en la protección que genera de forma secundaria enfermedades sistémicas como malnutrición por mala alimentación ⁶.

Abordar los desafíos de la salud bucal de las personas mayores tendría entonces, al menos dos dimensiones. Por una parte, disponer de la capacidad profesional suficiente que atienda la demanda contenida en las actuales generaciones de personas mayores; y, por otra, ampliar las políticas públicas que faciliten tanto el acceso técnico como económico a las prestaciones de salud dental, considerando las relativas dificultades que enfrentan las generaciones actuales de adultos mayores para acudir a los centros de atención de salud dental.

En relación al primer aspecto, la capacidad profesional en Chile para atender las demandas de la odontología para la Tercera y Cuarta Edad tendría severas limitaciones, al no existir suficientes profesionales con la formación para esa área particular del cuidado.

En efecto, un artículo especial publicado en el volumen 144 de la Revista Médica de Chile⁷, que se titula *“Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría”* destaca el bajo porcentaje de centros que imparten formación especializada de profesionales en materia de salud bucal de adultos mayores, que se denominados odontogeriatras, respecto del total de escuelas de

⁵ <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda> Publicado marzo 9 de 2020

⁶ <https://www.uss.cl/blog/diputados-y-expertos-de-salud-llaman-a-implementar-plan-auge-para-la-tercera-edad/>

⁷ Rev. méd. Chile vol.144 Nº.4 Santiago abr. 2016 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400011>

Odontología del país ⁸, ya que sólo un 37% de ellas dispone de uno o más cursos en esa especialidad, mientras que las otras establecen diferentes tipos de metodologías de enseñanza en esa área. Lo positivo del artículo es que, más allá del bajo porcentaje de formación específica en el área, las actividades de formación eran impartidos ciñéndose a los contenidos curriculares internacionales, aunque los cursos se enfocan en las atenciones que requiere las personas autovalentes, faltando por aprender las formas más complejas que permitan atender a las personas dependientes y que debieran ser tratados en la formación de postgrado ⁹.

En conclusión, la malla curricular, en la mayoría de las universidades, genera profesionales que no son plenamente competentes en brindar los servicios necesarios para las demandas por salud dental de toda la población adulta mayor.

El segundo desafío es más evidente y urgente. Se refiere a que se amplíen, ahora ya, las prestaciones de salud dental en el AUGE para las edades que verdaderamente se relacionan con aquellas representativas de las personas mayores, y que es la fase que va más allá del año 60. En rigor, lo que la actual regla de protección a través del AUGE muestra que las personas mayores en Chile no tienen un programa que les ayude a resolver de manera integral sus necesidades de salud bucal, no siendo ese tema, un asunto que haya sido resuelto de manera amplia por el Estado.

Lo anterior, por cuanto si bien la Prestación AUGE Nº 47 incluida en el listado de problemas prioritarios fue incorporado en el año 2007 y consiste en la entrega de atención odontológica realizada por profesionales odontólogos a adultos de 60 años, la cual va dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar según las necesidades de la salud bucal de un paciente de 60 años.

Dicha prestación se fundamenta en la evidencia de que la población de Adultos Mayores representa al conjunto de personas cada vez más relevante del país, el que, por sus características, muestra un mayor riesgo de caries y de enfermedades de tipo dental debido al proceso de envejecimiento, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y enfermedades bucales, uso de medicamentos y, a esa edad, mayores grados de vulnerabilidad social.

En rigor, cabe destacar que, la prestación 47 incluye un total de 21 diagnósticos, aplicables a todo aquel beneficiario que, al realizar la consulta cuente con 60 años. El alta de tratamiento ocurre cuando se han completado todos los procedimientos se hayan

⁸ León S, Araya-Bustos F, Ettinger RL, Giacaman RA. Geriatric dentistry content in the curriculum of the dental schools in Chile. *Gerodontology* 2014 Nov 30. doi: 10.1111/ger.12171.

⁹ El mismo estudio señala que, en materia de formación de postgrado, en numerosos países como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, países escandinavos, Brasil, Argentina, Irlanda, Japón, México, los Países Bajos y España, tales procesos formativos son frecuentes y reales.

diagnosticado para el respectivo paciente, tratamiento que debe iniciarse dentro de los 90 días de haberse realizado la solicitud de atención¹⁰.

B. PROPUESTA DE MOCIÓN PARLAMENTARIA.

Con base en los antecedentes expuestos en el punto anterior, se estima que desde el Congreso Nacional, el Senado, a través de su Comisión Especial del Adulto Mayor, podría impulsar una política pública que amplíe -en rigor que establezca- la protección dental de dicho segmento etáreo, y no solo mientras se cumplen 60 años, considerando que, en el año 2050, las personas mayores representarán un tercio de la población.

Para que la verdadera ampliación del programa AUGE hacia los adultos mayores sea efectiva y abordable por los sistemas de salud, se propone poner en práctica un esquema de protección progresivo, aunque con suficiente velocidad y alcance a diferentes edades de las personas mayores. Un esquema de aplicación que el Senado puede proponer al gobierno puede resumirse en la siguiente tabla:

Tramos de edad de las personas mayores	Situación actual	Propuesta
Hasta los 60 años	AUGE solo mientras cumple año 60	Mantener regla actual
De 61 a 65 años	Sin protección AUGE	Etapas 1: AUGE dental mientras cumple año 65
De 66 a 70 años	Sin protección AUGE	Etapas 1: AUGE dental mientras cumple año 70
De 71 a 75 años	Sin protección AUGE	Etapas 2: AUGE dental mientras cumple año 75
De 76 a 80 años	Sin protección AUGE	Etapas 2: AUGE dental mientras cumple año 80
De 81 a 90 años	Sin protección AUGE	Etapas 3: AUGE dental mientras cumple año 90
De 91 años en adelante	Sin protección AUGE	Etapas 3: AUGE dental mientras cumple años 93, 96, 99 o más

Para poner en marcha progresivamente e plan, se propone que cada etapa dure cuatro años, de modo que la totalidad de esta innovación no tome más de 12 años.

Los fundamentos de la propuesta se encuentran en las siguientes cuatro dimensiones:

¹⁰ https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300187#B29

1. La salud bucal es una condición de vida psico-bio-social fundamental para las personas mayores. Sin dientes o con dentadura precaria, el efecto en la seguridad de ellas es de alto y negativo impacto.
2. La salud bucal dental es una de las bases del Envejecimiento Saludable, uno de los tres ejes del Plan de Envejecimiento Positivo que impulsa el gobierno para el Estado de Chile (Los otros dos ejes son Envejecimiento Participativo y Envejecimiento Seguro).
3. Actualmente, la protección de oportunidad, costo y acceso en la obtención de prestaciones para recuperar o mantener la calidad de la salud dental de las personas mayores a través del programa AUGE es precaria o, sencillamente no existe, dado que ésta se remite hoy a ser entregada a aquellas personas que se encuentran en su cumpleaños N° 60. Ni un día antes, ni un día después de ese año.
4. La implementación progresiva del proyecto de Moción permitirá que los sistemas de salud puedan adecuar sus estructuras y presupuestos con suficiente tiempo para las exigencias técnicas y administrativas que surgirán de aplicar el presente proyecto.

En rigor, y aunque la ampliación del AUGE hacia otras poblaciones o prestaciones sea iniciativa que solo puede impulsar el Poder Ejecutivo -al estar casi el 86% de la población protegida por el Seguro Público de FONASA (y otro 4% en el sistema de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden) -corresponde al Congreso llamar la atención y abordar dichas iniciativas mediante proyectos de indicaciones.

Cabe recordar que, en el pasado reciente, representantes del Ministerio de Salud presentaron a la Cámara de Diputados ¹¹ los lineamientos de una iniciativa destinada a implementar el Programa de Salud Oral “Ríe Mayor”, que consistiría en dos programas:

- a) Reformulación del tratamiento dental de las personas mayores, al menos entre los 60 y los 70 años, para personas desdentadas totales, incorporando prótesis fija. Y,
- b) Ampliar el acceso de la cobertura AUGE salud oral integral entre los 60 y 70 años (actualmente solo es a los 60 años).

C. BENEFICIOS ESPERADOS PARA LA POBLACIÓN.

Avanzar en ampliar el AUGE de salud dental para personas mayores de más de 60 años aumentaría los niveles de cobertura y de satisfacción de dicha política, la que, según un estudio de CONICYT -que midió la cobertura y niveles de satisfacción del programa GES en personas de 60 años que se atendieron por AUGE dental- ha significado clínicamente que, las prestaciones de rehabilitación disminuyeron el promedio de personas con caries (según índice COPD), junto al importante aumento de tratamientos con la instalación de prótesis removibles. Al referirse al nivel de satisfacción de los mayores atendidos, se observa un

¹¹ <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=131637&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

importante nivel de apreciación, en especial en la dimensión de valoración del GES que reconoce acceso, oportunidad, financiamiento y calidad en la atención ¹².

Al aumentar la franja de años en que la salud dental se hace más accesible a las personas mayores, se ampliarían las redes de acceso a los prestadores de salud dental, reforzando los mensajes vinculados a la importancia de la salud dental, eliminando la debilidad que significa que esa área del cuidado se refuerce solo durante un año de vida de una persona que recién entra a su fase de persona mayor, como es mientras cumple su año 60 de vida.

¹² https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200024

D. ANEXOS. NOTAS TÉCNICAS DE ORGANISMOS TÉCNICOS REFERENTES

1. SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS EN CHILE (FUENTE: FONASA)

La Salud Oral Integral del Adulto de 60 años, consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años.

Patologías incorporadas

En la resolución de la salud oral integral quedan incorporadas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Caries limitada al esmalte (caries incipiente)
- ii. Caries de la dentina
- iii. Caries del cemento
- iv. Otras caries dentales
- v. Película pigmentada
- vi. Otros depósitos blandos densos: materia alba
- vii. Cálculo dentario supragingival
- viii. Cálculo dentario subgingival
- ix. Placa bacteriana
- x. Otros depósitos sobre los dientes sin especificar
- xi. Depósitos especificados sobre los dientes
- xii. Gingivitis aguda
- xiii. Gingivitis crónica
- xiv. Retracción gingival
- xv. Periodontitis aguda
- xvi. Periodontitis crónica
- xvii. Candidiasis
- xviii. Leucoplasia
- xix. Leucoplasia pilosa
- xx. Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local o edentulismos total o parcial.

Garantía de acceso

Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras la persona tenga 60 años.

El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.

Garantía de oportunidad

Tratamiento:

- Inicio dentro de 90 días desde la solicitud de atención.

Garantía de protección financiera

- Fonasa A y B Copago = \$ 0 del Valor de Arancel
- Fonasa C tiene Copago = 10% del Valor de Arancel
- Fonasa D / Isapre tienen Copago = 20% del Valor de Arancel
-

TIPO DE INTERVENCIÓN SANITARIA	PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES	PERIODICIDAD	ARANCEL (\$)	COPAGO %	COPAGO \$
Tratamiento	Atención odontológica del adulto de 60 años	cada vez	380.910	20%	76.180

2. ENVEJECIMIENTO Y SALUD DENTAL¹³

(Traducción de documento de trabajo de la Asociación de Odontología de los estados Unidos)¹⁴.

La demografía de los adultos mayores (es decir, mayores de 65 años) está creciendo y probablemente será una parte cada vez más importante de la práctica dental en los próximos años.

Aunque es mejor que en años anteriores, el estado de salud basal típico del paciente que envejece puede complicarse por condiciones co-mórbidas (por ejemplo, hipertensión, diabetes mellitus) y cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento.

Los adultos mayores pueden usar regularmente varios medicamentos recetados y / o de venta libre, lo que los hace más vulnerables a errores de medicación, interacciones de medicamentos o reacciones adversas a medicamentos.

Los posibles impedimentos físicos, sensoriales y cognitivos asociados con el envejecimiento, pueden hacer que el cuidado de la salud bucal en el hogar y la educación / comunicación del paciente sean un desafío.

¹³ <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/aging-and-dental-health>

¹⁴ Traducción elaborada por los redactores del presente informe.

Las condiciones dentales asociadas con el envejecimiento incluyen boca seca (xerostomía), caries de raíz y corona, y periodontitis; los pacientes pueden mostrar una mayor sensibilidad a los medicamentos utilizados en odontología, incluidos los anestésicos y analgésicos locales.

Introducción

El Foro Interinstitucional Federal sobre Estadísticas relacionadas con el Envejecimiento, proyecta que para el año 2030, el número de adultos estadounidenses, mayores de 65 años, alcanzará los 72 millones, lo que representa casi el 20% de la población total de los Estados Unidos; esta es una duplicación aproximada en número en comparación con el año 2000. Los adultos mayores son, por lo tanto, un creciente grupo demográfico de pacientes para prácticas dentales. Aunque alrededor del 5% de los adultos mayores de 65 años son edéntulos, un mayor número de adultos mayores conservan sus dientes naturales en comparación con las cohortes anteriores. Según una Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) de 1999-2004, aproximadamente el 18% de los adultos los mayores de 65 años con dientes naturales retenidos tienen caries no tratadas, mientras que NHANES 2009-2012 encontró que el 68% de estos pacientes tienen periodontitis. La consideración del contexto general de salud clínica y oral de los pacientes de edad avanzada es importante para proporcionar una atención dental óptima.

Posibles comorbilidades y fisiología del envejecimiento.

El estado de salud de los adultos mayores de 65 años puede ser bastante variable, desde independencia funcional hasta debilidad o deterioro cognitivo. Según la Administración de Estados Unidos sobre el Envejecimiento, más del 40% de los adultos no institucionalizados de 65 años o más evaluaron su salud como excelente o muy buena (en comparación con el 55% para las personas de 45 a 64 años). La mayoría de las personas mayores tienen al menos una afección crónica y muchas tienen múltiples afecciones.

En el período de tiempo hasta 2013 inclusive, la más frecuente las condiciones entre las personas mayores fueron: hipertensión (71%), artritis (49%), enfermedad cardíaca (31%), cualquier tipo de cáncer (25%) y diabetes (21%).

Un informe de 2015 de la Organización Mundial de la Salud enumeró las condiciones común a la edad avanzada, incluyendo pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolor de espalda y cuello y osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, depresión y demencia.

Los cambios fisiológicos relacionados con la edad incluyen cambios en la homeostasis celular, incluida la regulación de la temperatura corporal y los volúmenes de sangre y líquido extracelular; disminuye en la masa del órgano; y disminución o pérdida de las reservas funcionales del sistema corporal. Los cambios en el sistema gastrointestinal incluyen

disminuciones en el flujo sanguíneo intestinal y la motilidad gástrica y un aumento del pH gástrico. Los sistemas renal, cardiovascular, respiratorio, nervioso central y / o inmunitario pueden mostrar una función disminuida (p. Ej., Disminuciones en la filtración glomerular, gasto cardíaco, capacidad pulmonar, respuesta simpática, inmunidad celular). Estos cambios pueden tener un efecto en la medicación absorción y metabolismo o la sensibilidad de un individuo a ciertos medicamentos (Ver "Consideraciones sobre medicamentos").

Los cambios físicos asociados con el envejecimiento incluyen disminución de la masa ósea y muscular. La osteoartritis puede dar lugar a limitaciones en la movilidad. Los cambios visuales pueden incluir degeneración macular relacionada con la edad, presbicia, cataratas, glaucoma o retinopatía diabética. Los pacientes pueden experimentar edad- pérdida auditiva relacionada, que puede afectar su capacidad para comunicarse. Los reflejos posturales pueden amortiguarse y las caídas se vuelven más comunes en personas de edad avanzada.

Los adultos mayores también pueden demostrar un espectro de agudeza cognitiva, que varía desde el deterioro cognitivo no afectado en absoluto hasta la demencia franca. La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro progresivo en múltiples dominios cognitivos, lo suficientemente grave como para interferir con el funcionamiento diario. Los pacientes mayores con mala salud cognitiva tendrán dificultades para manejar medicamentos, afecciones médicas u otros cuidados personales, incluida la higiene dental.

Consideraciones de medicación

Según los datos de NHANES, el 39% de las personas de 65 años o más informaron haber usado 5 o más medicamentos recetados ("polifarmacia") en los 30 días anteriores durante el año 2011 a 2012.¹⁵ El noventa por ciento de las personas de 65 años o más, informaron haber usado cualquier medicamento recetado en los 30 días anteriores; 15% o más de recetas se usan diariamente por el 30% de las personas mayores.

La alta prevalencia de polifarmacia entre los adultos mayores puede conducir al uso inapropiado de drogas, errores de medicación, interacciones de medicamentos o reacciones adversas a medicamentos. El adulto mayor promedio toma 4 o 5 medicamentos recetados. Además, estas personas también pueden estar tomando 2 o 3 medicamentos de venta libre (OTC). El problema puede agravarse por el uso de múltiples proveedores de atención médica y farmacias, así como por múltiples adiciones graduales de medicamentos en el manejo de enfermedades crónicas individuales como la diabetes tipo 2 y la hipertensión. Una revisión del historial médico de los pacientes dentales mayores y los medicamentos actuales, tanto medicamentos recetados como de venta libre / suplementos, deben realizarse regularmente.

Los medicamentos más comúnmente recetados en pacientes de edad avanzada incluyen medicamentos "estatinas" para la hipercolesterolemia; agentes antihipertensivos; analgésicos medicamentos para la disfunción endocrina, incluidos medicamentos para la

tiroides y la diabetes; agentes antiplaquetarios o anticoagulantes; medicamentos para afecciones respiratorias; antidepresivos, antibióticos y medicamentos para la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el reflujo ácido. Los medicamentos de venta libre que los adultos mayores toman con mayor frecuencia incluyen analgésicos, laxantes, vitaminas y minerales.

Los mecanismos relacionados con la medicación implicados en la xerostomía y la disfunción de las glándulas salivales en adultos mayores incluyen efectos anticolinérgicos / simpaticomiméticos, efectos tópicos de medicamentos inhalados, deshidratación (por ejemplo, de diuréticos), vasoconstricción de las glándulas salivales y cambios en la composición salival. Una revisión sistemática de 2017 y el análisis de metadatos encontró que los medicamentos urológicos utilizados para controlar la frecuencia urinaria y la incontinencia, los antidepresivos y los psicofármacos (incluidos los antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos) se asociaron significativamente con la xerostomía en los adultos mayores.

Los adultos mayores con frecuencia muestran una respuesta exagerada a los medicamentos del sistema nervioso central, en parte como resultado de una disminución relacionada con la edad en la función del sistema nervioso central y en parte como resultado de una mayor sensibilidad a ciertas benzodiazepinas, anestésicos generales y opioides. La Sociedad Americana de Geriátrica ha publicado una actualización de 2019 de los Criterios de Beers para el uso de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores. Se ha encontrado que los medicamentos potencialmente inapropiados de los Criterios de Beers están asociados con malos resultados de salud, incluyendo confusión, caídas y mortalidad. Por ejemplo, los medicamentos que contienen opioides deben evitarse en personas mayores con antecedentes de caídas o fracturas.

Salud bucal y consideraciones dentales

Panorama General

La xerostomía afecta al 30% de los pacientes mayores de 65 años y hasta el 40% de los pacientes mayores de 80 años. Esto es, principalmente, un efecto adverso de los medicamentos, aunque también puede ser el resultado de condiciones comórbidas como diabetes, enfermedad de Alzheimer o enfermedad de Parkinson. La xerostomía, aunque es común entre los pacientes mayores, es más probable que ocurra en aquellos con una ingesta de más de 4 medicamentos recetados diariamente. La boca seca puede provocar mucositis, caries, labios agrietados y lengua fisurada. Las recomendaciones para las personas con boca seca incluyen beber o al menos beber agua regular durante todo el día, y limitación de bebidas alcohólicas y bebidas con alto contenido de azúcar o cafeína, como jugos, refrescos, té o café (especialmente endulzado).

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de caries de raíz, debido al aumento de la recesión gingival que expone las superficies de la raíz y al mayor uso de medicamentos que producen xerostomía; aproximadamente el 50% de las personas mayores de 75 años tienen

caries radicales que afectan al menos a un diente. El diez por ciento de los pacientes de 75 a 84 años se ven afectados por caries coronal secundaria; Es probable que lo anterior esté relacionado con la prevalencia de restauraciones en la población de edad avanzada. Se han recomendado en la literatura la adopción de una buena higiene bucal, que incluye el uso de cepillos de dientes rotativos / oscilantes, y el uso de fluoruro tópico (es decir, la aplicación de enjuagues bucales diarios, pasta dental con alto contenido de fluoruro y barniz de fluoruro regular), así como la atención a la ingesta dietética.

Una revisión sistemática de 2017 evaluó la efectividad del fluoruro de diamina de plata (SDF) en el tratamiento de la caries en adultos mayores, encontrando tres aleatorizados, controlados ensayos realizados en Hong Kong que abordan la efectividad de SDF en la caries radicular y ninguno aborda la caries coronal. Los tres ensayos clínicos respaldaron el uso de SDF para prevenir y detener la caries radicular en adultos mayores; aunque no se informaron eventos adversos graves, SDF causa tinción oscura de las lesiones tratadas y debe volver a aplicarse para una eficacia continua.

Debido a que la enfermedad cardiovascular es común entre las personas mayores, Ouanounou y Haas han sugerido que la dosis de epinefrina contenida en los anestésicos debe limitarse a un máximo de 0.04 mg. Los autores recomiendan que incluso sin antecedentes de enfermedad cardiovascular manifiesta, debe minimizarse el uso de epinefrina en pacientes adultos mayores, debido al efecto esperado del envejecimiento en el corazón. Recomendamos controlar la presión arterial y la frecuencia cardíaca cuando se consideren las administraciones múltiples de anestésico local que contiene epinefrina en la población adulta mayor.

Limitaciones cognitivas que afectan el cuidado dental y el cuidado oral en el hogar

Los pacientes con deterioro cognitivo grave, incluida la demencia, tienen un mayor riesgo de caries, enfermedad periodontal e infección oral debido a la disminución de la capacidad de participar en el cuidado oral en el hogar. La educación del cuidador, así como del paciente, es una parte importante de la fase de prevención y manejo de enfermedades del cuidado dental.

La comunicación durante la cita dental puede ser un desafío cuando el adulto mayor tiene deficiencias cognitivas. Se recomienda minimizar la cantidad de personas, distracciones y ruido en el quirófano cuando se atiende a un paciente con demencia, aunque un cuidador de confianza en la sala puede brindarle tranquilidad al paciente. Los pacientes deben ser abordados desde el frente el nivel de los ojos y el uso de la comunicación no verbal, como sonreír y el contacto visual, es importante.²⁷ El dentista debe comenzar la conversación presentándose. Debido a que un paciente con limitaciones cognitivas puede sobrecargarse de información fácilmente, las instrucciones deben ser simples y las oraciones breves (por ejemplo, tales como: "*Abra la boca*").

Debido a que el deterioro cognitivo o la demencia pueden afectar la capacidad del paciente de seguir las instrucciones después de la cirugía oral, se recomienda que los profesionales aseguren la hemostasia local (es decir, suturas, hemostáticos locales, técnicas de preservación del encaje) antes del despido de la práctica dental.

Se debe alentar a los pacientes dentados con limitaciones cognitivas a cepillarse los dientes dos o más veces al día; se debe considerar el uso de un cepillo de dientes eléctrico o con batería. La misma rutina de cuidado bucal se debe seguir de manera consistente, como sea posible. En pacientes con dispositivos protésicos removibles, los dispositivos deben retirarse, inspeccionarse y limpiarse antes de acostarse. y regresó a la boca por la mañana.

Limitaciones físicas y sensoriales que afectan el cuidado dental y el cuidado oral en el hogar

Pacientes con pérdida auditiva: los proveedores de atención dental deben hablar de manera lenta, clara y fuerte al hablar con pacientes mayores para mejorar la audición y la comprensión. Es importante asegurarse de que hablar en voz alta y lenta no introduzca un tono de voz condescendiente. (Yellowitz en La guía práctica de la ADA para pacientes con

3. SALUD ORAL: UN ELEMENTO ESENCIAL DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ¹⁵

La Sociedad Gerontológica Americana lanzó una iniciativa de salud bucal con el objetivo de permitir que los adultos mayores mantengan su salud bucal como parte de un proceso de envejecimiento saludable y ayudar a los investigadores, educadores, profesionales y formuladores de políticas a identificar áreas de actividad e investigación necesarias sobre el tema de salud bucal en adultos mayores.

Un enfoque clave de la iniciativa es avanzar en la creencia de que ayudar a los adultos mayores a mantener una buena salud bucal involucra a profesionales de la salud bucal y también a un equipo interprofesional de "campeones de la salud bucal", que incluye médicos de atención primaria y especializados, enfermeras, enfermeras practicantes, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, y otros que pueden abogar por, educar y brindar atención directa que respalde la salud bucal.

Esta iniciativa multifacética se compone de una variedad de elementos interrelacionados, que incluyen:

- The Oral Health Workgroup, un equipo de expertos encargados de aumentar la conciencia y la comprensión de la importancia del cuidado bucal apropiado y fortalecer el impacto que todos los miembros de los equipos de atención médica y cuidadora tienen para garantizar un buen cuidado bucal para los adultos mayores. El Grupo de Trabajo de GSA sobre Salud Oral busca un enfoque interprofesional para mejorar la salud oral de todos los adultos mayores.
- El Grupo de Interés de Salud Oral de GSA, brinda una oportunidad para que las personas interesadas en el tema de la salud oral como un elemento esencial del envejecimiento saludable se reúnan, intercambien, obtengan información y recursos, y establezcan contactos con personas que tienen intereses similares.
- El desarrollo y publicación del boletín What's Hot, "Salud oral: un elemento esencial del envejecimiento saludable". Destinada a una audiencia interprofesional, esta publicación analiza el impacto de la mala salud bucal en los adultos mayores, las relaciones entre la salud bucal, las condiciones sistémicas, las capacidades funcionales y el envejecimiento saludable, así como los desafíos actuales y las oportunidades potenciales en el área de la salud bucal geriátrica.

La convocatoria de un Foro de Salud Oral en marzo de 2017 de los principales expertos y actores clave comprometidos con el envejecimiento saludable para identificar soluciones y crear una hoja de ruta para mejorar la atención interprofesional de la salud oral de los

¹⁵ <https://www.geron.org/programs-services/alliances-and-multi-stakeholder-collaborations/oral-health-an-essential-element-of-healthy-aging?showall=1>

adultos mayores. Asistieron más de 40 participantes de organizaciones industriales, gubernamentales, académicas, de investigación, prácticas y miembros sin fines de lucro. Las recomendaciones de los participantes se incorporaron al libro blanco de julio de 2017 (ver más abajo).

El documento técnico de julio de 2017, "*Soluciones interprofesionales para mejorar la salud bucal en adultos mayores: abordar las barreras de acceso, crear defensores de la salud bucal*", presenta las recomendaciones de los participantes del Foro de salud bucal. El objetivo del documento es mejorar los resultados clínicos y de otro tipo en adultos mayores al enfocar a todos los miembros del equipo de atención médica (medicina, odontología, enfermería, farmacia y profesiones de salud aliadas) en la atención interprofesional integral que reconoce la conexión inherente entre la salud oral y sistémica y se valora en el sistema de salud.

Un simposio en el Congreso Mundial de IAGG el 24 de julio de 2017 en el que los miembros del Grupo de Trabajo de Salud Oral discutieron el Libro Blanco y presentaron los hallazgos del Foro de Salud Oral.

Santiago, febrero de 2020.

ANEXO 9 Center for
RETIREMENT RESEARCH
at Boston College

Noviembre 2020, N° 20-15

EL TRABAJO NO TRADICIONAL DE ÚLTIMA CARRERA, ¿MEJORA LA SEGURIDAD DE LA JUBILACIÓN?

Por Matthew S. Rutledge y Gal Wettstein ^{1*}

Introducción

Los legisladores y los medios de comunicación han expresado su preocupación sobre el hecho que, los trabajos no tradicionales carecen de estabilidad y seguridad financiera. De hecho, tener un trabajo no tradicional, definido aquí como un trabajo sin beneficios de salud ni de jubilación por parte del empleador, durante los años de mayor ahorro -que van entre los 50 y los 61 años- se asocian con la idea de disponer, después, de una menor seguridad para la jubilación (NF 1²). Pero, los trabajos no tradicionales no tienen por qué ser "malos trabajos" para todos los trabajadores. En comparación con el trabajo tradicional, pueden ser más adecuados para quienes tienen 60 años o más y buscan prolongar sus carreras, al ofrecer menos estrés y más flexibilidad (NF 2).

Este resumen, basado en un estudio reciente, examina cómo los trabajadores utilizan trabajos no tradicionales después de los 62 años, basándose en datos del Estudio de Salud y Jubilación vinculados a los ingresos administrativos (NF 3), que explora dos preguntas: Primero, ¿es más probable que los trabajadores de 60 años que no están preparados para la jubilación se empleen en trabajos no tradicionales? En segundo lugar, ¿son estos trabajos una alternativa útil al trabajo tradicional, para quienes buscan mejorar su seguridad de jubilación?

¹ * Matthew S. Rutledge es profesor asociado de la práctica de la economía en Boston College e investigador en el Center for Retirement Research de Boston College (CRR). Gal Wettstein es economista investigador senior en el CRR.

² NF significa Nota al Final del texto.

La discusión se ha estructurado con el siguiente orden: La primera sección presenta los datos y la muestra; la segunda sección describe el enfoque analítico, que se aplica a los tres grupos de trabajadores con diferentes patrones de empleo a sus 60 años; la tercera sección compara la seguridad de jubilación de estos tres grupos de entre 61 y 62 años y examina los cambios que experimentan en la seguridad de la jubilación entre los 67 y los 68 años; la sección final concluye que los trabajadores que llegan menos preparados a la jubilación, no tienen más probabilidades de cambiar a un trabajo no tradicional a mitad de los 60. Pero, los trabajadores mal preparados y que se cambian, mejoran la seguridad de su jubilación, tanto como los que permanecen en el trabajo tradicional. Estos resultados sugieren que las carreras extendidas son económicamente beneficiosas, incluso en trabajos que no ofrezcan beneficios de salud y jubilación (NF. 4).

Trabajos no tradicionales y trabajadores tardíos

Los investigadores definen a los trabajos no tradicionales de varias maneras, incluyendo a: los trabajos de la “economía gig”³; trabajos de guardia; trabajos de temporada; los trabajos a jornada parcial; y/o el trabajo por cuenta propia (NF.5). La mayoría de estas definiciones se centran en la relación del trabajador con el empleador. Este resumen, al igual que los informes CRR anteriores de esta serie, analiza las características de los trabajos y define los trabajos no tradicionales simplemente como aquellos que no tienen seguro médico proporcionado por el empleador ni un plan de ahorro para la jubilación (NF. 6).

³ Fuente: <https://blogs.iadb.org/trabajo/es/conoces-los-trabajos-de-la-economia-gig/>. Los trabajos ‘gig’, un término anglosajón que se podría traducir al español como una “changa” o “chamba” digital, son sin duda un fenómeno que está en el centro de [la discusión sobre el futuro del trabajo](#). Un [reciente informe de McKinsey](#) muestra que un estimado de entre 20% al 30% de los trabajadores en edad laboral en Estados Unidos y Europa son empleados autónomos o **independientes**. ¿Cómo se está dando esta transformación digital? ¿Cómo afecta la digitalización del mercado laboral a América Latina y el Caribe? Gracias a la aparición de las plataformas digitales que crean mercados de **intermediación laboral** más eficientes y de mucha mayor escala que los tradicionales, McKinsey estima que a la fecha al menos el 15% de la fuerza de trabajo independiente ha usado alguna plataforma digital bajo demanda para generar ingresos, pero que este porcentaje se está incrementando substancialmente cada año. Un elemento significativo de los **mercados laborales digitales** es que los mecanismos de construcción de confianza, trazabilidad y verificación de la calidad son muy distintos de los círculos personales de confianza donde se gestiona tradicionalmente el empleo autónomo o independiente, lo que permite contratar servicios a profesionales que no conocemos, pero que son verificados y supervisados por un algoritmo digital.

El análisis utiliza un Estudio de Salud y Jubilaciones (HRS), basado en una encuesta longitudinal de los hogares con personas en edades de 50 años o más, realizado entre 2002 a 2016, para estudiar a los trabajadores de 61 a 68 años. La muestra está formada por personas que tienen trabajos tradicionales entre los 61 y los 62 años. La pregunta de interés es si los trabajadores pueden beneficiarse de la transición a trabajos no tradicionales para prolongar su carrera, o si una jubilación segura depende de permanecer en el trabajo tradicional (NF. 7).

Para este propósito, la muestra se divide en tres grupos según el “estado laboral después de los 62 años”: aquellos que, entre los 63 y los 68 años, se dedican a: 1) trabajo no tradicional; 2) trabajo tradicional; o 3) quienes ya no están trabajando (es decir, se jubilaron a los 62 años).

Los tres grupos son similares en términos de género, raza / etnia y estado civil (ver Tabla 1). Los dos grupos que permanecen en la fuerza laboral están mejor educados y son más saludables que los que se jubilan. Si bien los trabajadores con trabajos no tradicionales tienen los ingresos actuales más bajos de los tres grupos, también tienen los ingresos familiares más altos que provienen de otras fuentes, lo que sugiere que muchos son trabajadores secundarios o tienen otros ingresos externos relevantes. Además, tienen una alta proporción de trabajo por cuenta propia, por lo que pueden obtener ingresos de las ganancias comerciales (NF. 8).

Tabla 1. Características socioeconómicas seleccionadas por situación laboral después de los 62 años, 2002-2016

Características a partir de los 61 -62 años	Status del trabajo después de los 62 años		
	Cualquier trabajo no tradicional	Solo trabajos tradicionales	No más trabajo
Masculino	54%	52%	54%
Afro descendiente	7	6	8
Latino	5	5	5
Casado	75	70	73
Graduado de College	40	39	24
Mala salud	1	0*	6
Autoempleado	20	6	3
Ingresos person.	49.710	67.859	50.364
Otros ingresos fam.	67.692	58.100	49.296
Nº de observaciones	365	1.105	240

- Este casillero representa un 0,44%.
- Origen: Rutledge y Wettstein (2020).

Traducción realizada por la Oficina Parlamentaria del Senador David Sandoval, en el marco de la discusión parlamentaria que se realiza tanto respecto de la protección de trabajadores “de aplicaciones” como de aquellos Adultos Mayores que trabajan.

Examinar los cambios en la seguridad de la jubilación

Para determinar si el uso de trabajo no tradicional al final de la carrera se relaciona con la seguridad de la jubilación, observamos a los trabajadores en dos períodos. La primera es la edad de 61 a 62 años, cuando los beneficios del Seguro Social en USA están disponibles por primera vez, para establecer el nivel básico de seguridad de jubilación de los trabajadores. El segundo es de 67 a 68 años, lo que brinda la oportunidad de evaluar cómo trabajar más tiempo afecta su seguridad de jubilación.

El ingrediente clave para medir la preparación para la jubilación es la tasa de reemplazo: la relación entre “los ingresos de jubilación de un trabajador y sus ingresos previos a la jubilación”. Los ingresos por jubilación incluyen: el Seguro Social y las pensiones de beneficios definidos; ingresos de capital (por ejemplo, ingresos por arriendos y dividendos comerciales); y, el valor anualizado de los planes 401k e IRA (ambos planes de contribución definidos, el primero vinculado al empleo). Los ingresos previos a la jubilación incluyen los ingresos profesionales promedio, así como los ingresos de capital y del cónyuge. La tasa de reemplazo asume que los individuos se jubilan a los 62 años para capturar el grado en que estarían preparados financieramente si se jubilaran de manera inmediata. Luego, la tasa de reemplazo se compara con una tasa de reemplazo objetivo para calcular la brecha de seguridad para la pensión: el grado en que cada trabajador no alcanza su objetivo.

Para probar si los trabajadores con poca preparación - aquellos con mayor brecha - tienen más probabilidades de cambiar a un trabajo no tradicional a fin de extender sus carreras, primero comparamos las tasas de reemplazo por grupo de estatus laboral. Si existe la relación señalada en la hipótesis,, aquellos que están ya en trabajos no tradicionales, se esperaría que tuvieran tasas de reemplazo más bajas a los 62 años. También estimamos una regresión “logit multinomial”, donde las variables dependientes son indicadores para cada grupo, con controles para las diferencias socioeconómicas entre los grupos. La variable independiente de interés es la brecha de seguridad para la pensión.

Luego, el análisis cambia el enfoque a las edades de 67 a 68, a fin de que el estudio pueda responder a si trabajar en trabajos no tradicionales está asociado con una brecha de seguridad de jubilación más pequeña, en relación con no trabajar o trabajar en trabajos tradicionales. El análisis estima una

regresión diferente, donde la variable dependiente es la brecha en 67-68, y el modelo controla la brecha inicial en 61-62, así como las características socioeconómicas. Las variables independientes clave son indicadores de si la persona trabajó en trabajos no tradicionales o solo en trabajos tradicionales entre los 63 y los 68 años. La pregunta empírica es si el coeficiente de los trabajos no tradicionales es menor que el de los trabajos tradicionales, lo que implicaría que el cambio a un trabajo no tradicional se asocia con una mejora menor en la seguridad de la jubilación, que aquel que permanece en un trabajo tradicional.

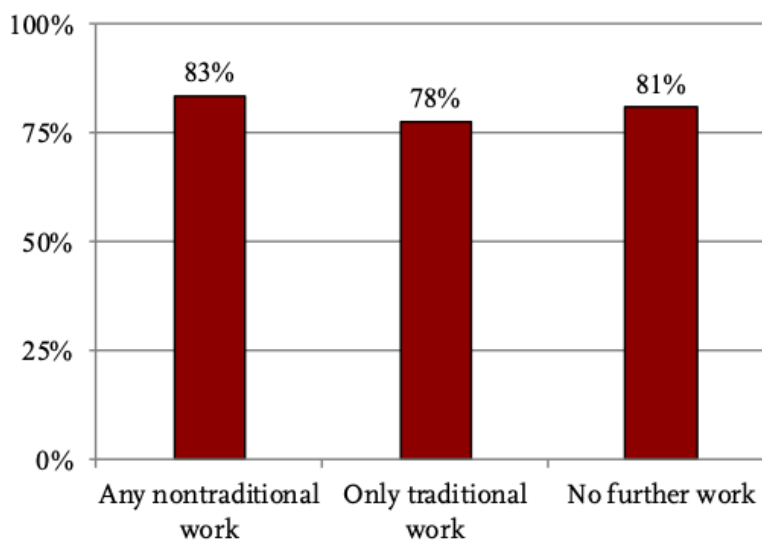
Resultados

Como se detalla a continuación, los resultados no apoyan la hipótesis de que los trabajadores con poca preparación para la jubilación tienen más probabilidades de utilizar trabajos no tradicionales al final de su carrera. Sin embargo, sí sugieren que los trabajadores con poca preparación y que se cambian a esos trabajos, ven una mejora sustancial en su seguridad de jubilación.

¿Los trabajadores con poca preparación utilizan más el trabajo no tradicional?

Contrariamente a las expectativas iniciales, la tasa de reemplazo para los trabajadores que cambian de trabajo tradicional a uno no tradicional después de los 62 años es ligeramente más alta que las tasas de reemplazo para aquellos que permanecen en el trabajo tradicional o se jubilan a los 62 años (ver Figura 1). La razón de este patrón es que, si bien quienes trabajan en trabajos no tradicionales tienen ingresos laborales más bajos y menos ingresos potenciales de Seguro Social, beneficios definidos y contribuciones definidas, lo compensan con creces con mayores ingresos de capital. Este resultado sugiere que, quienes se cambian a un trabajo no tradicional, no se ven influenciados por su nivel de preparación para la jubilación.

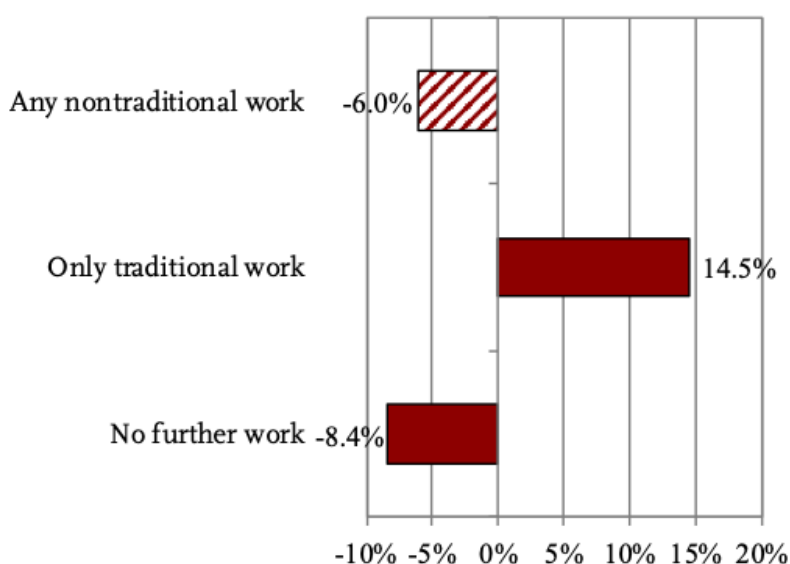
FIGURE 1. AVERAGE REPLACEMENT RATES AS OF AGE 62, BY WORK STATUS AFTER 62



Source: Rutledge and Wettstein (2020).

No es sorprendente que, dados estos resultados, las estimaciones de regresión indiquen que pasar a un trabajo no tradicional después de los 62 años no está asociado con tener una brecha de jubilación mayor a los 62 años (ver Figura 2).

FIGURE 2. ESTIMATED MARGINAL EFFECT OF THE RETIREMENT SECURITY GAP ON WORK STATUS AFTER AGE 62



Notas: Las barras sólidas son estadísticamente significativas al nivel del 5 por ciento. La brecha de seguridad para la jubilación es la diferencia de puntos porcentuales entre la tasa de reemplazo objetivo y la real. Fuente: Rutledge y Wettstein (2020).

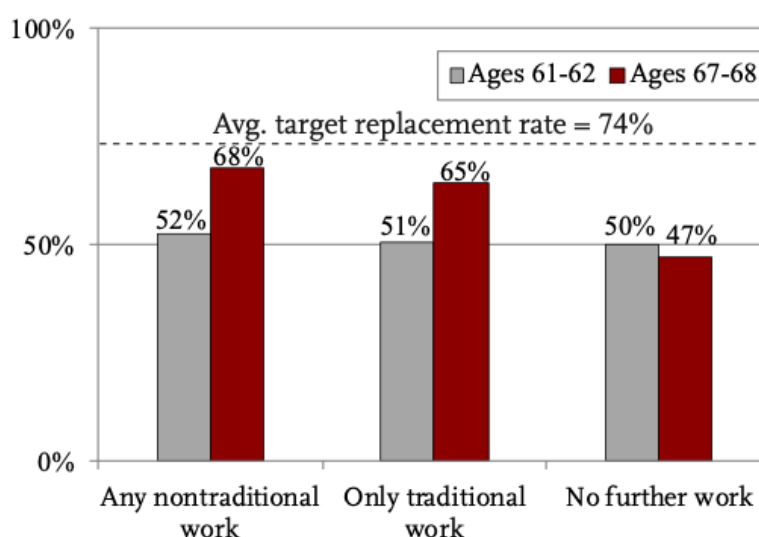
Traducción realizada por la Oficina Parlamentaria del Senador David Sandoval, en el marco de la discusión parlamentaria que se realiza tanto respecto de la protección de trabajadores “de aplicaciones” como de aquellos Adultos Mayores que trabajan.

¿Cuánto aumenta la seguridad de la jubilación el trabajo no tradicional?

Si bien los resultados anteriores indican que los trabajadores con poca preparación no tienen más probabilidades que los trabajadores preparados de participar en trabajos no tradicionales para prolongar sus carreras, hacerlo podría ayudar a los trabajadores con mayor riesgo a reforzar su seguridad de jubilación.

De hecho, los resultados muestran que los trabajadores con poca preparación que continúan trabajando después de los 62 años ven una clara mejora en su preparación para la jubilación entre los 67 y los 68 años, como lo muestra el aumento en sus tasas de reemplazo (vea la Figura 3 en la página siguiente). Lo sorprendente, sin embargo, es que la ganancia para quienes cambian del trabajo tradicional al no tradicional es en realidad un poco mayor que el aumento para quienes permanecen en el trabajo tradicional, aunque no en una gran cantidad. Para ambos grupos, los aumentos cierran la mayor parte de la brecha de seguridad de jubilación que cada uno tenía entre los 61 y los 62 años de edad (como lo indica la línea discontinua que muestra la tasa de reemplazo objetivo en la Figura 3). El último paso es ver si este hallazgo se mantiene en el análisis de regresión, cuando se controlan los factores socioeconómicos.

FIGURE 3. AVERAGE REPLACEMENT RATES AT AGES 61-62 AND 67-68 FOR UNDERPREPARED WORKERS, BY WORK STATUS AFTER AGE 62



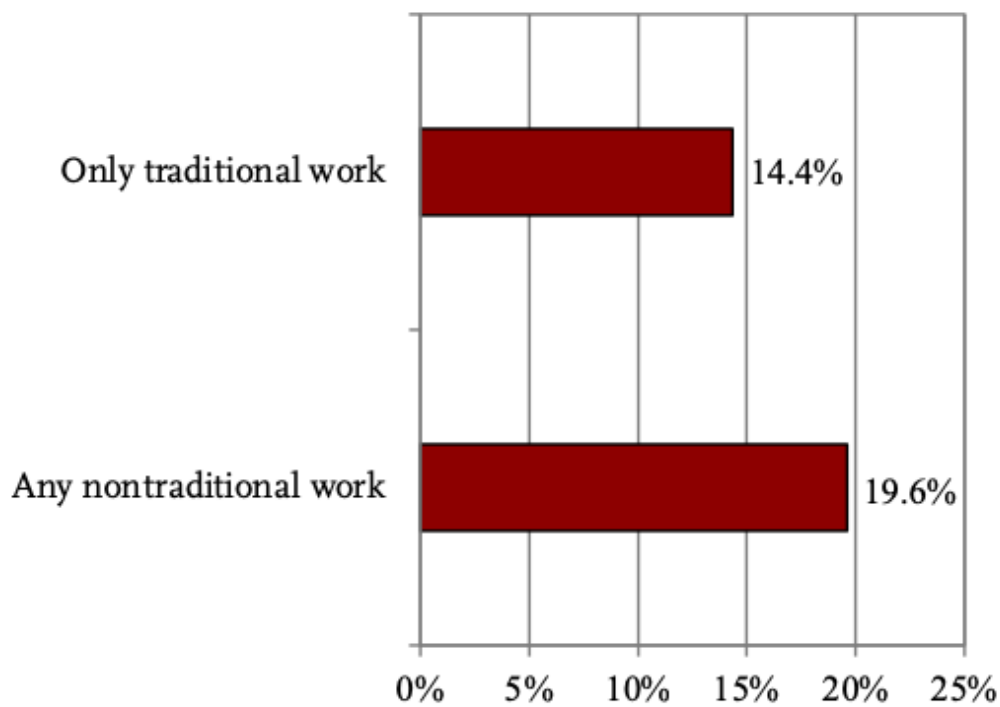
Note: The target replacement rate varies between 73 percent and 75 percent.

Source: Rutledge and Wettstein (2020).

Los resultados de la regresión confirman el patrón. El trabajo tradicional y no tradicional impulsa la preparación financiera en aproximadamente la misma cantidad (es decir, la diferencia entre ellos no es estadísticamente significativa), en relación con no trabajar después de los 62 años (ver Fig. 4).

Una advertencia es que estos resultados se estiman en los trabajadores que optaron por trabajar después de los 62 años en trabajos no tradicionales o tradicionales, y estos trabajadores pueden haber tenido más que ganar con el trabajo continuo; por ejemplo, pueden haber sido más saludables. que aquellos que no trabajaban y, por lo tanto, estaban en mejores condiciones de mejorar sus perspectivas de jubilación (NF. 9).

FIGURE 4. ESTIMATED MARGINAL EFFECT OF WORK STATUS AFTER AGE 62 ON THE RETIREMENT SECURITY GAP AT AGES 67-68



Notas (a Fig 4): Los resultados anteriores cambian los signos de los coeficientes de modo que un cambio positivo es una mejora en la seguridad de la jubilación. Ambas barras son estadísticamente significativas al nivel del 5 por ciento. La diferencia entre las dos barras no es significativa. Fuente: Rutledge y Wettstein (2020).

Conclusión

Este estudio examina el uso del trabajo no tradicional como un medio para extender la carrera. El análisis no encuentra evidencia de que aquellos que se acercan a la jubilación relativamente mal preparados tengan más probabilidades de cambiar del trabajo tradicional al no tradicional al final de sus carreras. Pero los trabajadores con poca preparación y que se involucran en trabajos no tradicionales después de los 62 años, pueden cerrar gran parte de la brecha en su seguridad de jubilación entre los 67 y los 68 años.

Estos resultados proporcionan más evidencia de que trabajar más tiempo es económicamente beneficioso, especialmente para quienes están lo suficientemente sanos como para hacerlo. El hallazgo novedoso es que, incluso los trabajos que no ofrecen beneficios de salud y jubilación, pueden ayudar sustancialmente a cerrar la brecha de seguridad de la jubilación. Los trabajadores que no se sientan capaces de mantener su puesto de trabajo o que deseen más flexibilidad y autonomía, pueden alegrarse de que incluso un trabajo no tradicional puede acercarlos a sus metas de jubilación.

Notas finales

1. Jackson, Looney y Ramnath (2017); Rutledge (2020a); y Munnell, Sanzenbacher y Walters (2019).
2. Ver Hutchens y Chen (2007) y Cahill, Giandrea y Quinn (2011) para una investigación sobre “trabajos puente” que facilitan la jubilación gradual.
3. Rutledge y Wettstein (2020).
4. Estos resultados se hacen eco de una amplia literatura que encuentra efectos positivos sustanciales de trabajar más tiempo en la seguridad de la jubilación; ver Bronshtein et al. (2018) y Munnell, Hou y Sanzenbacher (2019) para ejemplos recientes.
5. No es sorprendente que, dada la variedad de definiciones, las estimaciones de la prevalencia de tales trabajos varíen de 2 por ciento a 40 por ciento de la fuerza laboral total de EE. UU. La investigación sobre el trabajo no tradicional se remonta a décadas (ver, por ejemplo, Barker y Christensen 1998), pero este tema se ha vuelto cada vez más prominente en los últimos años; ver Collins et al.

(2019); Katz y Krueger (2016, 2019); Robles y McGee (2016); Farrell y Greig (2016); Jackson, Looney y Ramnath (2017); Abraham y col. (2018); y Oficina de Responsabilidad del Gobierno de EE. UU. (2015).

6. Para más detalles sobre las diferentes definiciones de trabajo no tradicional, consulte Munnell, Sanzenbacher y Walters (2019); Rutledge, Wettstein y King (2019); y Rutledge (2020b).
7. Munnell, Sanzenbacher y Walters (2019) encuentran que los trabajadores que ya se dedican a trabajos no tradicionales entre los 50 y los 62 años son fundamentalmente diferentes de los que permanecen en el trabajo tradicional a lo largo de esas edades, por lo que la muestra de este estudio excluye a los trabajadores que ya realizaban trabajos no tradicionales antes. 62, así como los que ya se han jubilado.
8. Los trabajadores de la muestra se encuentran en la parte superior de la distribución del ingreso por dos razones: 1) son mayores, por lo que tienden a tener salarios más altos; y 2) trabajan a tiempo completo a los 60 años en trabajos con beneficios de salud y jubilación, lo que sugiere que es más probable que sean profesionales de cuello blanco. Pero cualquier conclusión que surja del análisis no se limita necesariamente a la muestra.
9. Además, el último conjunto de resultados se basa en un tamaño de muestra pequeño, pero al menos sugiere que trabajar en trabajos no tradicionales ayuda a mejorar la seguridad de la jubilación. La muestra completa de aquellos que estuvieron presentes en el HRS y tenían estatus laborales clasificables en las edades de 61-62 y 67-68 años consta de 836 trabajadores; la muestra en riesgo incluye 302 trabajadores.

Referencias

Abraham, Katharine G., John Haltiwanger, Kristin Sandusky, and James R. Spletzer. 2018. "Measuring the Gig Economy: Current Knowledge and Open Issues." Working Paper 24950. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Barker, Kathleen and Kathleen Christensen. 1998.

Contingent Work: American Employment Relations in Transition. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Bronshtein, Gila, Jason Scott, John B. Shoven, and Sita N. Slavov. 2018. "*The Power of Working Longer*." Working Paper 24226. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Cahill, Kevin E., Michael D. Giandrea, and Joseph F. Quinn. 2011. *“How Does Occupational Status Impact Bridge Job Prevalence?”* Working Paper 447. Washington, DC: U.S. Bureau of Labor Statistics.

Collins, Brett, Andrew Garin, Emilie Jackson, Dmitri Koustas, and Mark Payne. 2019. *“Is Gig Work Replacing Traditional Employment? Evidence from Two Decades of Tax Returns.”* Working Paper. Washington, DC: Internal Revenue Service.

Farrell, Diana and Fiona Greig. 2016. *“Paychecks, Pay- days, and the Online Platform Economy: Big Data on Income Volatility.”* Working Paper. New York, NY: J.P. Morgan Chase and Co. Institute.

Hutchens, Robert M. and Jennjou Chen. 2007. *“The Role of Employers in Phased Retirement: Opportunities for Phased Retirement Among White-Collar Workers.”* In *Work Options for Older Americans*, edited by Teresa Ghilarducci and John Turner, 95-118. Notre Dame, IN: Notre Dame Press.

Jackson, Emilie, Adam Looney, and Shanthi Ramnath. 2017. *“The Rise of Alternative Work Arrangements: Evidence and Implications for Tax Filing and Benefit Coverage.”* Working Paper 114. Washington, DC: U.S. Department of the Treasury, Office of Tax Analysis.

Katz, Lawrence F. and Alan B. Krueger. 2016. *“The Rise and Nature of Alternative Work Arrangements in the United States, 1995-2015.”* Working Paper. Princeton, NJ: Princeton University.

Katz, Lawrence F. and Alan B. Krueger. 2019. *“Understanding Trends in Alternative Work Arrangements in the United States.”* Working Paper 25425. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Munnell, Alicia H., Wenliang Hou, and Geoffrey T. Sanzenbacher. 2019. *“How Would More Saving Affect the National Retirement Risk Index?”* *Issue in Brief* 19-16. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.

Munnell, Alicia H., Geoffrey T. Sanzenbacher, and Abigail N. Walters. 2019. *“How Do Older Workers Use Nontraditional Jobs?”* *Issue in Brief* 19-15. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.

Robles, Barbara and Marysol McGee. 2016. *“Exploring Online and Offline Informal Work: Findings from the Enterprising and Informal Work Activities Survey.”* Discussion Paper 2016-029. Washington, DC: U.S. Board of Governors of the Federal Reserve System .

Rutledge, Matthew S. 2020a. *“Are Older Nontraditional Workers Able to Find Health and Retirement Coverage?”* Working Paper 2020-9. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.

Rutledge, Matthew S. 2020b. *“Do Older Workers Without Benefits Find Health & Retirement Coverage?” Issue in Brief* 20-12. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.

Rutledge, Matthew S. and Gal Wettstein. 2020. *“Is Nontraditional Work at Older Ages Associated with Better Retirement Security?” Working Paper* 2020-13. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.

Rutledge, Matthew S., Gal Wettstein, and Sara Ellen King. 2020. *“Will More Workers Have Nontraditional Jobs as Globalization and Automation Spread?” Issue in Brief* 20-6. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.

University of Michigan. *Health and Retirement Study, 2002-2016*. Ann Arbor, MI.

U.S. Government Accountability Office. 2015. *Contingent Workforce: Size, Characteristics, Earnings, and Benefits*. Report GAO-15-168R. Washington, DC.