



SENAMA  
Ministerio de  
Desarrollo Social

Gobierno de Chile



# POLÍTICA INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO PARA CHILE

2012 - 2025

SENAMA





**POLÍTICA INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO PARA CHILE  
2012-2025**

**SENAMA**

Registro de Propiedad Intelectual N° 237.101  
ISBN 978-956-8846-02-2  
Impreso en Alvimpress Ltda.  
Edición 1.000 ejemplares



## ÍNDICE

---

<b>PRESENTACIONES</b>	<b>7</b>
Ministro de Desarrollo Social	7
Directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor - SENAMA	8
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>10</b>
 <b>14</b>	<b>ENVEJECIMIENTO POSITIVO</b> <b>14</b>
	¿Qué es el envejecimiento positivo? 16
	¿Por qué el envejecimiento positivo es prioridad para Chile? 16
	Descripción del trabajo realizado y de los contenidos del informe 17
 <b>22</b>	<b>LOS DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO EN CHILE</b> <b>22</b>
	Avances del envejecimiento 23
	Proteger la salud funcional 24
	Un Chile para todas las edades 29
	Vivir más y mejor 32
	Las políticas actuales de envejecimiento 33
	Envejecimiento heterogéneo y segmentado 38
 <b>42</b>	<b>FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DE LA POLÍTICA INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO PARA CHILE, 2012-2025</b> <b>42</b>
	Fundamentos 43
	Objetivos generales 43
	Objetivos específicos 44
	Consistencia de los objetivos 44



## **PLAN DE IMPLEMENTACIÓN 46**

Salud y cuidados	47
Vida activa y saludable	52
Especialistas	54
Participación	56
Educación y capacitación	60
Seguridad económica	63
Vivienda y transporte	64
Maltrato	66
Acceso a la justicia	70
Información y difusión	73
Identidad	74
Investigación	75
Bienestar subjetivo	76
Consideraciones sobre la implementación	78
Planificación operacional, adecuación regional y evaluación permanente	78
Costos fiscales y financiamiento	78



## **NUEVOS PROGRAMAS (SENAMA) 80**

Programa Cuidados Domiciliarios	81
Centros Diurnos para Personas Mayores	84
Subsidio a los establecimientos de larga estadía (Elearn)	86



## **ANEXOS 88**

Listado de participantes y colaboradores	89
Listado de siglas	97
Bibliografía	98





# PRESENTACIÓN

---



## PRESENTACIÓN

---

### **Envejecimiento Positivo: El desafío de devolverles el protagonismo a las personas mayores**

En Chile hay 2.638.000 adultos mayores, superando ya el 15% de la población total, y hay numerosa evidencia que este porcentaje seguirá subiendo en los próximos años a tasas superiores al crecimiento de la población menor de 60 años.

De hecho, para el 2025 se estima que los mayores de 60 años serán, por primera vez, más que los menores de 15 años. Al día de hoy solo 20% de los mayores de 60 años se mantienen laboralmente activos; y 22% son dependientes, estimándose que dicho porcentaje se empinaría al 30% dentro de los próximos diez años.

A pesar de estos profundos cambios demográficos y el aumento de la expectativa de vida en nuestro país, llama la atención que 4 de cada 5 personas crea que estamos “poco o nada” preparados para enfrentar la vejez.

Tanto por la propia dignidad de las personas adultas mayores y el merecido reconocimiento que la sociedad entera debe hacerles por su entrega y aportes familiares, laborales y en cada una de las comunidades en donde les haya correspondido vivir, como por el evidente “envejecimiento de la vejez” que estamos viviendo, es que el Gobierno del Presidente Sebastián Piñera decidió mover al Estado y sus servicios públicos para responder a esta realidad en forma oportuna y con políticas públicas pertinentes y eficaces.

Chile necesita un cambio cultural para volver la mirada hacia los adultos mayores y comprender el valor de su aporte al tejido social. Precisamente con este objeto, es que el Gobierno ha dictado una Política Pública Nacional e Integral para el Envejecimiento Positivo; ha fortalecido el SENAMA incrementando sus recursos, así como la extensión y acceso a sus programas; ha promovido reformas legales que hoy penalizan el maltrato, abandono y abuso al adulto mayor; ha creado el sistema de “cuidadores domiciliarios”, los “centros de día” y una subvención mensual para 6.000 adultos mayores que residen en hogares y establecimientos de larga estadía, de tal forma que colaboremos en el costo del servicio y atención digna que se merecen.

Si bien diversos estudios ubican a Chile como un buen país para envejecer y el Gobierno ha hecho que el Estado asuma una responsabilidad en un área tan importante para el país como es la preocupación y atención de nuestros adultos mayores, en donde inexplicablemente y por años estuvo ausente, queda mucho por hacer. Esperamos haber dado sólidos y primeros pasos para que, paulatina y progresivamente, asumamos una nueva cultura y mayor compromiso en la corresponsabilidad que le concierne al Estado, a la sociedad civil y a los familiares de nuestros adultos mayores. Debemos rescatar y promover el vigor, la independencia y autovalencia que mayoritariamente tienen, así como las ganas de seguir siendo partícipes del desarrollo personal, familiar y comunitario.

El gran desafío que tenemos como país es lograr que los adultos mayores vuelvan a ser actores relevantes del desarrollo social, que experimenten realmente un envejecimiento positivo, bajo el cual recuperen el protagonismo que antes tuvieron en la construcción de un Chile más moderno, pluralista, inclusivo y con más oportunidades para todos.

Esperamos que la edición de este libro, que contiene una mirada de mayor inclusión para los Adultos Mayores, que refleja nuestro pleno respeto a los derechos de ellos y la vigencia en el ejercicio de los mismos, sea un aporte al cambio cultural que nuestro país debe asumir.

**BRUNO BARANDA FERRÁN**  
**MINISTRO DE DESARROLLO SOCIAL**



## PRESENTACIÓN

---

El envejecimiento de la población es un hecho ineludible. Para el 2050 se espera que la población mundial mayor de 65 años se triplique respecto a la actualidad y en América Latina las estimaciones indican que para la misma fecha, 1 de cada 4 personas tendrá más de 60 años. Los indicadores demográficos muestran que nuestro país comparte las tendencias mundiales. Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional. Hoy existen 2,6 millones de chilenos mayores de 60 años y la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, acompañada por una disminución de la tasa de natalidad.

La estructura etaria se transformará completamente, cambiando las necesidades sociales y políticas en torno a áreas tan diversas como el cuidado, el trabajo, la economía, la salud, la educación, la previsión social, el género, entre otras. Si bien el envejecimiento de la población es un indicador de desarrollo que refleja el mejoramiento de las condiciones de vida que permiten que los chilenos puedan vivir más, es importante analizar cómo lograr que esos años también se vivan mejor a través de un envejecimiento positivo. Los desafíos hacia el 2025 se deben transformar en oportunidades para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, creando así un Chile para todas las edades.

En nuestro país los procesos de envejecimiento y vejez comienzan a ser un área de trabajo para el Estado y las políticas públicas en la década de los 90, en la que se adoptan progresivamente las prácticas y recomendaciones internacionales, transitando desde un enfoque asistencialista hacia un enfoque de derechos y protección social amplia. La institucionalidad permanente y encargada de la coordinación de las políticas públicas hacia las personas mayores se crea a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en 2002. La creación de este servicio permite una mayor visibilidad del envejecimiento y la vejez, tanto en el ámbito público como privado, así como la creación de programas específicos dirigidos a este grupo etario.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo que presentamos hoy, a doce años de la creación de SENAMA, constituye un avance sustancial que recoge cabalmente los desafíos del envejecimiento, que permite proteger la salud funcional de las personas mientras van envejeciendo, frena el avance de los niveles de dependencia, fomenta el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación de las personas mayores, intenta terminar con la exclusión y el maltrato y fomenta la integración social, económica y cultural, desde una perspectiva de sujetos de derechos. En suma, ésta es una política que enfrenta el desafío del envejecimiento y la vejez en toda su magnitud, partiendo por el Estado, en conjunto con la sociedad civil y las familias chilenas. Esta política resume y potencia el trabajo realizado hasta hoy, pero más importante aún, genera las sinergias necesarias para abordar adecuadamente el envejecimiento con una perspectiva de futuro.

El Presidente Sebastián Piñera definió como uno de los ejes prioritarios de acción en su Gobierno el trabajo relacionado con las temáticas de envejecimiento y vejez, encargando especialmente a SENAMA, a través del ministerio de Desarrollo Social, el impulso de Políticas Públicas para las personas mayores. La Política Integral de Envejecimiento Positivo se genera como respuesta a este mandato presidencial.

De acuerdo a lo anterior, SENAMA, articula el trabajo en torno a la política en base a un proceso ampliamente participativo. En conjunto con la Comisión Especial del Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, diversas universidades, centros de estudios y organismos internacionales, se ha investigado, diagnosticado y perfilado acciones necesarias para relevar e implementar el buen trato, el ejercicio de los derechos, la habitabilidad, la inclusión, y para superar la desigualdad, la vulnerabilidad, la exclusión y los prejuicios que existen frente a las personas mayores, entre otras necesidades. Para el buen diseño de esta política, hemos considerado



indispensable el trabajo interdisciplinario que debe estar presente para abordar integralmente el tema del envejecimiento. Por esto, conformamos un equipo de trabajo reuniendo a los actores públicos involucrados en las temáticas de envejecimiento y vejez, y, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social, creamos un Comité Técnico Interministerial que congrega a la Presidencia y los Ministerios de Salud, Educación, Hacienda, Transportes y Telecomunicaciones, Trabajo y Previsión Social, Vivienda y Urbanismo, Justicia, Economía, Cultura, Servicio Nacional de la Mujer, Subsecretaría de Prevención del Delito, Servicio Nacional de Turismo, Instituto Nacional de Deportes y Programa Elige Vivir Sano, en conjunto con otras instituciones asociadas.

El resultado de este trabajo conjunto, que se desarrolló desde septiembre de 2011 hasta abril de 2012, es el documento que con mucho orgullo presento hoy como Directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor: la “Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile”. Este hito marca el fin de una etapa y el comienzo de una nueva, más importante aún, la de lograr que los objetivos de esta política se cumplan. Como SENAMA esta es nuestra primera prioridad, a la que nos abocaremos en los años venideros. Esto implicará el trabajo conjunto de los diversos actores necesarios para implementarla, cuestión que requiere nuevamente de un esfuerzo colectivo, multidisciplinario y multisectorial.

Finalmente, para que este gran esfuerzo sea una realidad dentro de los próximos años, se requiere además la participación directa y activa de las propias personas mayores, sujetos activos en la construcción de su propio devenir.

**ROSA KORNFELD MATTE  
DIRECTORA NACIONAL  
SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR**



## RESUMEN EJECUTIVO

---

Chile, dada la preocupación por sus adultos mayores, se ha propuesto una Política Integral de Envejecimiento Positivo para el periodo 2012-2025. Lo novedoso de esta Política Integral de Envejecimiento Positivo está en que no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. Porque a todos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica y todos estamos envejeciendo, esta es una política que beneficiará a cada uno de los chilenos y chilenas.

Implementar la Política Integral de Envejecimiento Positivo es urgente porque Chile es un país envejecido, que continuará envejeciendo a un ritmo acelerado. Con 2,6 millones de personas mayores de 60 años y nuevas generaciones que esperan vivir cerca de 80 años, la inacción del Estado no es una alternativa viable. Los riesgos de la inacción incluyen costos económicos prohibitivos e impactos sociales negativos asociados al aumento de la proporción de personas mayores con dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana como caminar o sentarse. Los riesgos de la inacción también incluyen perpetuar la realidad actual, donde 9 de cada 10 personas no saben ocupar Internet, 8 no tienen educación media completa, 5 declaran dificultades para desplazarse en la ciudad producto de infraestructura inadecuada, 3 reportan alguna forma de maltrato y sólo 3 reportan estar muy felices con su vida en general. Esto no es una experiencia de envejecimiento positivo. Cuando la vida se alarga y aumenta la proporción de personas mayores, las sociedades pueden ganar la sabiduría y experiencia de sus mayores, pero sólo si estos consiguen mejorar su calidad de vida durante esos años ganados.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo se propone tres objetivos generales en esta dirección: proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Como lo ilustra la Figura 1, estos objetivos generales van acompañados de 13 objetivos específicos, cada uno de los cuales cuenta con una o más Metas de Envejecimiento Positivo que permiten evaluar su impacto. Para alcanzar estas metas, existe un plan de implementación multisectorial que considera un conjunto de 50 acciones concretas de corto plazo (2012-2014) y una serie de propuestas de mediano (2015-2019) y largo plazo (2020-2025).

La definición de estos objetivos, metas y plan de implementación, se realizó en el marco de un proceso participativo que involucró valiosos aportes de distintas entidades, incluyendo los realizados por los miembros de: el Comité Técnico Interministerial, la Comisión Especial del Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, el Comité Consultivo del Adulto Mayor de SENAMA, el Comité Ejecutivo de SENAMA, Oficina Central y las Coordinaciones Regionales de SENAMA, las organizaciones sociales de personas mayores, organizaciones profesionales y fundaciones relacionadas con las personas mayores, y muchos otros. En total, participaron más de 1.000 personas mayores, encargados en cada una de las 15 regiones del país y más de 100 colaboradores en mesas de trabajo y entrevistas. Las propuestas incorporan aprendizajes de la experiencia chilena, prácticas exitosas de otros países y recomendaciones de organismos y convenciones internacionales.



**Figura 1. Componentes de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, 2012-2025**



Fuente: SENAMA.

Para cumplir los objetivos de la política se requiere un esfuerzo multisectorial. La Figura 2 ilustra la multisectorialidad de los objetivos específicos de la política y los agrupa en tres grandes líneas de acción interrelacionadas: envejecimiento saludable, activo y positivo. La primera línea de acción se orienta a promover el envejecimiento saludable e incluye compromisos del Programa Elige Vivir Sano, Ministerio de Salud, Ministerio del Deporte y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, entre otros. Entre las acciones de corto plazo se destacan por su escala nacional, la promoción de prácticas de vida saludable alineadas con la estrategia sanitaria 2011-2020, la realización de 340 talleres y eventos deportivos para personas mayores y la habilitación de 34 recintos deportivos de uso preferente para personas mayores. Tomando en cuenta que no todas las personas mayores pueden realizar deporte, también se han establecido compromisos para realizar otras acciones en el corto plazo. Por ejemplo: se instala progresivamente un Modelo de Cuidado Integral para las personas mayores, se ampliará la cobertura del Examen Médico Preventivo (EMPAM), se incrementaron gradualmente los Centros Diurnos con enfoque de prevención sociosanitaria, se instauró un programa estatal de cuidados domiciliarios, capacitando a personas para que realicen atención a domicilio y, por último, en 2013 se entrega una subvención per cápita para 6.000 personas mayores institucionalizadas en Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor (ELEAM).

La segunda línea de acción se orienta a promover el envejecimiento activo e incluye compromisos de los Ministerios del Trabajo y Previsión Social, de Transportes y Telecomunicaciones, de Vivienda y Urbanismo y el Servicio Nacional de la Mujer, entre otros. Las acciones de mayor alcance para promover la vida activa incluyen, entre otras: la disminución focalizada en la cotización de salud que benefició a más de un millón de pensionados en 2012, la capacitación laboral a 450 mujeres mayores emprendedoras a lo largo del país durante 2013, la operación de 500 servicios de transporte para personas mayores en zonas aisladas en regiones, y un subsidio a la vivienda para familias de cuatro integrantes incluyendo a una persona mayor.



La tercera línea de acción se orienta a promover el envejecimiento positivo e incluye compromisos de los Ministerios de Desarrollo Social, de Educación, del Trabajo y Previsión Social, de Justicia, del Interior, de Economía, la Secretaría General de la Presidencia y el Servicio Nacional de la Mujer, entre otros. Los compromisos de corto plazo más significativos, incluyen la prevención y atención del maltrato, combinando estudios con atención a través de líneas telefónicas especialmente habilitadas, modificaciones legales y atención especializada en la Corporación de Asistencia Judicial. Estas medidas beneficiarán a todas las personas mayores, con especial atención a las que han sido víctimas de cualquier tipo de maltrato, activo o pasivo.

En síntesis, la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile es un marco de acción con orientaciones de largo plazo, que cuenta también con acciones concretas para el corto plazo (2012-2014), algunas con alcance universal.

**Figura 2. Multisectorialidad de los objetivos específicos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo**

	Envejecimiento Saludable			Envejecimiento Activo				Envejecimiento Positivo					
	Salud y cuidados	Vida saludable	Especialistas	Participación	Educación	Seguridad económica	Vivienda y transporte	Maltrato	Acceso a la justicia	Información y difusión	Identidad	Investigación	Bienestar subjetivo
MDS	✓		✓	✓		★	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MINSAL	✓	✓	✓									★	★
MINEDUC			✓		✓					✓	✓		
MINTRAB				✓	✓	✓					✓		
MINJU				★			★	★	✓				
SERNAM					✓			✓					
INTERIOR				★				✓					
TRANSPORTES													
Vivir Sano		✓											
SEGOB		✓											
SEGPRES										✓			
MINECO				✓			★		✓				
MINVU							✓						
MOP							★						

✓ Acciones comprometidas (2012 - 2014)

★ Propuestas de acciones (2015 - 2025)

Fuente: Adaptado por Senama a partir de la elaboración del Ministerio de Desarrollo Social.





**ENVEJECIMIENTO POSITIVO**

---



La mejor forma de predecir el futuro es crearlo. Y crear el futuro es justamente lo que hará la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile. El futuro que queremos crear es el de un envejecimiento positivo, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica, y dicho de manera coloquial, donde las personas mayores sean saludables, integradas y felices.

Para proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración en los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo, Chile requiere de un esfuerzo colectivo que involucre distintos actores. Este documento refleja la integración y perfeccionamiento de la contribución de los distintos ministerios y servicios públicos para construir, en colaboración con otros actores, un futuro de envejecimiento positivo.

## **Envejecimiento y Vejez**

Es importante considerar que se comienza a envejecer desde la gestación, siendo un proceso permanente, que culmina en la etapa de la vejez y que involucra todo el ciclo vital, el que las personas recorren de acuerdo a sus características y al medio en el cual les toca vivir y desarrollarse.

El ciclo de vida se ha ido prolongando por diversas causas, entre ellas por el desarrollo científico, económico y cultural de las sociedades, lo cual ha permitido controlar las enfermedades y proporcionar un mejor estado de salud. Desde la década de los 50, Chile ha aumentado en 24 años su esperanza de vida al nacer, ubicándose hoy en los 79 años promedio. En este sentido, la vejez es hoy la etapa más larga del ciclo vital y concentra la mayor proporción de la población chilena.

No obstante lo anterior, se debe revisar la mirada que estamos teniendo como sociedad acerca del proceso de envejecimiento, es decir, la construcción social que hacemos de la vejez. Ser adulto mayor es una experiencia ambivalente, marcada por significados positivos como la expectativa de permanecer activo, dejando atrás las obligaciones y los deberes, y significados negativos, centrados en los problemas de salud y el temor a depender de otros.

## **¿Qué es el Envejecimiento Saludable y Activo?**

Los primeros desarrollos conceptuales y técnicos en torno al envejecimiento y la vejez surgen desde el ámbito biomédico, visualizando el proceso desde lo individual, y colocando la mirada en la enfermedad y la dependencia funcional.

En este sentido, el envejecimiento saludable se torna un instrumento para lograr mantener, por el mayor tiempo posible, las condiciones de salud y funcionalidad que permitan a la persona desenvolverse y participar en las diversas esferas de la vida social.

Después de concentrar esfuerzos en disminuir la enfermedad, aumentando las expectativas de vida, gracias a los avances médicos, se pone el foco en un envejecer, que además de ser sano, sea de buena calidad. En este sentido, se incorpora el concepto de envejecimiento activo. El buen envejecer tiene relación directa con la autonomía, con la capacidad de la persona mayor de prolongar, optimizar y utilizar las condiciones favorables de salud, en función de comunicar su historia, demostrar su experiencia, lograr la participación, tener calidad de vida y mantener el bienestar durante la vejez.



## ¿Qué es el envejecimiento positivo?

El envejecimiento positivo es la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Opera simultáneamente como un proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Para las personas, el envejecimiento comienza con la gestación y termina con un buen morir, mientras que para las sociedades, comienza fundamentalmente con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad, pero no tiene un término claro.

Como política, la esencia del envejecimiento positivo está en que no se limita a solucionar problemas, sino que busca que las personas mayores sean autovalentes, estén integradas en los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. Así formulada es una política para todo Chile, porque todos estamos envejeciendo y a todos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica.

Como concepto, el envejecimiento positivo contiene en sí mismo las significaciones del envejecimiento saludable y activo que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer, y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos. Para evitar interpretaciones equivocadas, es importante aclarar que el envejecimiento positivo no implica desconocer que la experiencia de ser persona mayor puede ser ambivalente y estar marcada simultáneamente por aspectos positivos (como la expectativa de permanecer activo, dejando atrás las obligaciones y los deberes) y negativos (como los problemas de salud y el temor a depender de otros). El envejecimiento positivo no tiene la pretensión ilusa de eliminar por completo los aspectos negativos, pero sí busca incrementar los aspectos positivos y disminuir los negativos de la experiencia de envejecer y llegar a ser persona mayor.

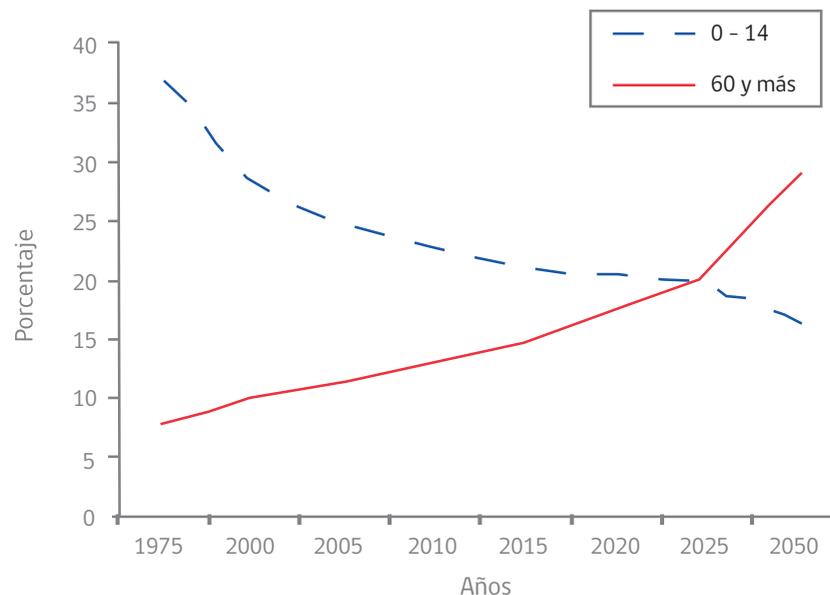
## ¿Por qué el envejecimiento positivo es prioridad para Chile?

Las tendencias demográficas a nivel mundial proyectan que la población mayor de 65 años se triplicará en 2050 con respecto a la actualidad, llegando a un total de 1.500.000.000 personas mayores. En América Latina se espera que el 2050 una de cada cuatro personas tenga 60 años o más. Chile no se queda atrás en este envejecimiento global.

Chile necesita una Política Integral de Envejecimiento Positivo porque es un país envejecido, que continuará envejeciendo a un ritmo acelerado. Los chilenos que nacen hoy esperan vivir 79 años, esto es cerca de 25 años más que aquellos que nacieron en 1950. Este aumento de un cuarto de siglo en la expectativa de vida, ha sido acompañado por una fuerte disminución de la tasa de natalidad. Como lo ilustra la Figura 3, el resultado ha sido un aumento substancial de la proporción de personas mayores, quienes superarán en número a los menores de 15 años a partir de 2025.



**Figura 3. Porcentaje de menores de 15 años y mayores de 59 años, 1975-2050**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir del Observatorio Demográfico INE-CEPAL 2010.

Frente a este inexorable cambio demográfico, SENAMA sostiene que es conveniente anticipar los desafíos que Chile enfrentará el 2025 y transformarlos en oportunidades. El envejecimiento tendrá un impacto fuerte en nuestro país y en la vida de cada uno de los chilenos. La experiencia de vida y sabiduría de los mayores ciertamente será un beneficio. Al mismo tiempo, el país tendrá que realizar esfuerzos adicionales para proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar sus niveles de integración y participación en los distintos ámbitos de la sociedad, e incrementar su bienestar subjetivo o felicidad.

Tras 15 años desde la implementación de la primera Política Nacional de Adulto Mayor, cerca de una década desde la creación de SENAMA, y muchos años de aprendizaje con programas sectoriales e intersectoriales orientados a las personas mayores, hemos acumulado una valiosa experiencia para enfrentar los desafíos del envejecimiento. Este es, por lo tanto, un momento oportuno para pensar en una nueva política, una Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile que cubra el periodo que va entre los años 2012 y 2025.

### **Descripción del trabajo realizado y de los contenidos del informe**

El 26 de septiembre de 2011 se constituyó un Comité Técnico Interministerial que ha aportado con su conocimiento, experiencia y criterio para realizar un diagnóstico y elaborar propuestas para la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile. El encargado de integrar y articular la Política ha sido el Comité Ejecutivo de SENAMA, que ha contado con la colaboración activa y permanente a lo largo del proceso del Comité Consultivo del Adulto Mayor de la misma institución, además, de su aporte específico en mesas de trabajo, de salud, participación social, participación cultural, participación económica, entre otras.

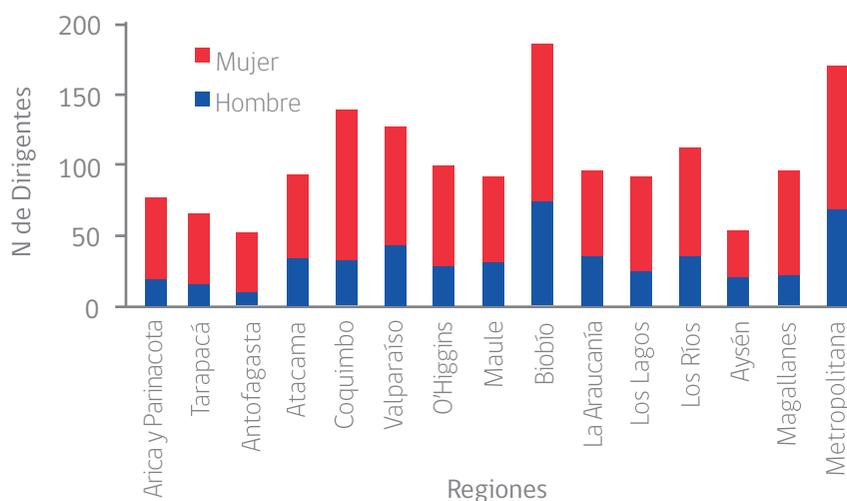


El trabajo conjunto ha tomado como punto de partida el informe de la Comisión Especial de Adulto Mayor de la Cámara de Diputados de Chile de 2010, la Sistematización del Encuentro Nacional de Consejeros Asesores Regionales de Mayores de 2009, que convocó a 226 consejeros y 3.390 dirigentes de organizaciones de mayores a lo largo de Chile; el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento de 2002, las dos Conferencias Regionales Intergubernamentales de Envejecimiento de América Latina y el Caribe, realizadas en Santiago de Chile 2003 y Brasilia 2007; y las políticas nacionales de otros países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Israel, Japón, Nueva Zelanda y Reino Unido.

En la construcción de esta propuesta de Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile han participado personas mayores y prestadores de servicios para personas mayores de cada una de las 15 regiones del país. Entre octubre y diciembre de 2011, SENAMA y el Instituto de Previsión Social (IPS) organizaron Encuentros Regionales de Dirigentes Mayores en las 15 regiones, a los que asistieron un total de 1.530 dirigentes de organizaciones de personas mayores (1.060 mujeres y 470 hombres), 230 consejeros asesores regionales de mayores (125 mujeres y 105 hombres) 170 integrantes de los consejos de las regiones, autoridades regionales en políticas públicas de envejecimiento y personas mayores (ver Figura 4).

En cada uno de estos encuentros se presentaron avances en la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile y se realizó un trabajo grupal de revisión y priorización de las propuestas.

**Figura 4. Encuentros regionales de 1.530 dirigentes mayores (SENAMA-IPS 2011)**

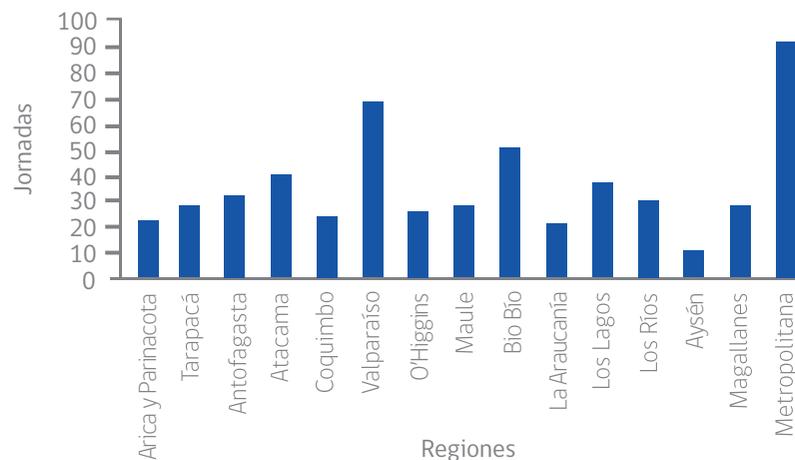


Fuente: elaboración de SENAMA a partir de los registros de asistencia.

Entre septiembre de 2011 y enero de 2012, SENAMA, también realizó jornadas de trabajo en las 15 regiones de Chile, patrocinadas por la Agencia de Cooperación Técnica Española (AECID), a las que asistieron 521 prestadores de servicios sociales para personas mayores, incluyendo a encargados municipales de programas de personas mayores, autoridades regionales, Consejeros Asesores Regionales de Mayores, profesionales de Centros de Salud Familiar (CESFAM), Gobernaciones, ONGs, universidades y otras organizaciones (ver Figura 5). Las jornadas regionales culminaron con un Encuentro Nacional de Coordinadores Regionales de SENAMA, realizado en Viña del Mar el 12 y 13 de enero de 2012, en el cual se discutieron consideraciones regionales sobre los objetivos y estrategias de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile.



**Figura 5. Jornadas regionales con 521 proveedores de servicios sociales para personas mayores (SENAMA-AECID 2011)**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de los registros de asistencia.

A lo largo del proceso también se contó con la colaboración directa de más de 100 expertos y autoridades que han participado en mesas de trabajo y entrevistas, en las que participó activamente el Comité Consultivo de SENAMA. También se han obtenido valiosos aportes de los informes de los Planes Regionales de Atención Integral a las Personas Mayores, realizados en cada una de las regiones, en el marco de un proyecto de Cooperación Española, publicaciones académicas, entrevistas con expertos y autoridades internacionales. Por último, también participó la mesa de trabajo de personas mayores de la Comunidad de Organizaciones Solidarias, que representa a 11 ONGs que prestan servicios a 29.660 personas mayores (ver Figura 6).

**Figura 6. Organizaciones representadas en la mesa de la Comunidad de Organizaciones Solidarias y número de personas mayores que reciben servicios de ellas (COS 2011)**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de datos de la Comunidad de Organizaciones Solidarias 2011.



Las actividades reportadas corresponden a un plan de trabajo que considera cuatro etapas. A continuación se describe el foco y mes de inicio de cada una de estas etapas:

1. Etapa creativa orientada a recolectar de forma participativa los antecedentes relevantes e identificar posibles líneas de acción (septiembre de 2011).
2. Etapa participativa orientada a revisar y someter a consulta ampliada un primer borrador de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile (noviembre de 2011).
3. Etapa técnica orientada a operacionalizar la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile y evaluar su factibilidad económica (enero 2012).
4. Etapa final en la que el Presidente Sebastián Piñera anuncia la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile y se comienza a trabajar hacia su implementación (mayo 2012).

Las etapas tienen un orden semi-secuencial porque existen actividades que en la práctica se han desarrollado en paralelo. Además, están conectadas por un eje de acción longitudinal que buscó desde el primer día dotar a la política de legitimidad social y prioridad política.

Este informe resume los resultados del trabajo realizado en las primeras tres etapas del plan. El informe comienza con un análisis de los desafíos del envejecimiento en Chile. A continuación se explican los fundamentos, principios, y objetivos generales y específicos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile. La siguiente sección describe un plan de implementación concreto para alcanzar cada uno de los objetivos específicos. Luego se discuten consideraciones adicionales sobre la implementación y los nuevos programas. Al final del documento se incluyen los anexos: listado de participantes y colaboradores, las siglas utilizadas a lo largo del documento y la bibliografía consultada.





**LOS DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO EN CHILE**

---



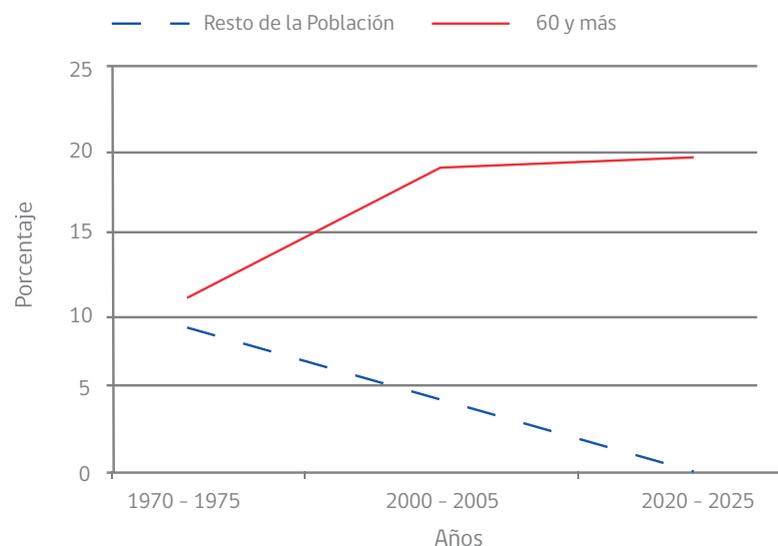
Esta sección analiza los desafíos del envejecimiento en Chile a partir de las siguientes preguntas: ¿Cuánto ha avanzado el envejecimiento demográfico en Chile?, ¿Cómo es la salud de los chilenos mayores?, ¿Cómo se integran y participan en la sociedad?, ¿Cuál es la evaluación que hacen las personas mayores de su propia vida?, ¿Cuál es el estado de las políticas actuales de envejecimiento?, ¿Cuántas caras tiene el envejecimiento?

## Avances del envejecimiento

### ¿Cuánto ha avanzado el envejecimiento demográfico en Chile?

Chile ya envejeció y lo hizo rápidamente. El número de personas mayores se ha duplicado en los últimos 20 años, alcanzando hoy aproximadamente a 2,6 millones de personas mayores, lo que equivale a 16% de la población. Y, como se aprecia en la Figura 7, Chile seguirá envejeciendo a un ritmo acelerado.

**Figura 7. Crecimiento poblacional de personas mayores versus el resto de la población**

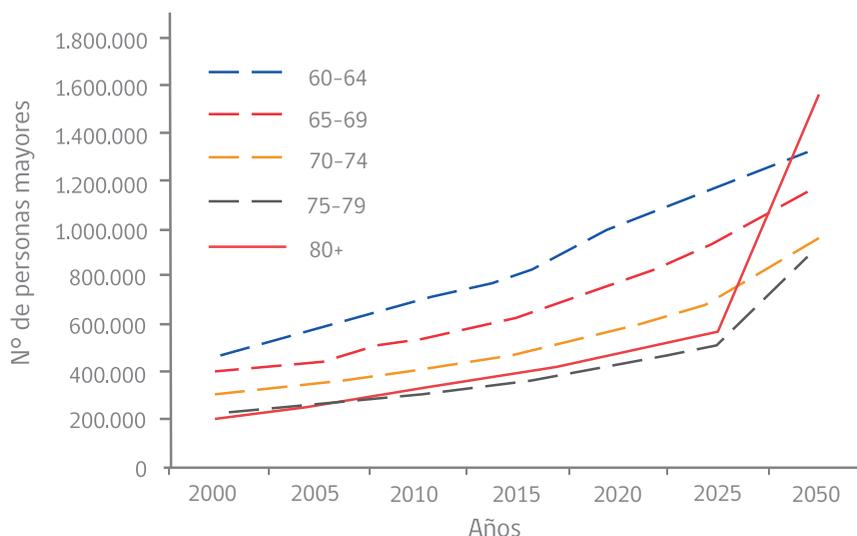


Fuente: Elaboración de SENAMA a partir del Observatorio Demográfico INE-CEPAL 2010.

A partir de 2025 las personas mayores superarán en número a las menores de 15. Ese año también se producirá un crecimiento acelerado del grupo etario de 80 años y más (ver la línea continua en la Figura 8). La imagen que hoy tenemos de las personas mayores, que son en su mayoría menores de 70 años, quedará pronto obsoleta.



**Figura 8. Personas mayores por grupos de edad, 2000-2050**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir del Observatorio Demográfico INE-CEPAL 2010.

## Proteger la salud funcional

### ¿Cómo es la salud de nuestros mayores?

Como en muchos otros países, las personas mayores en Chile padecen de problemas de salud como hipertensión y diabetes, las cuales son agravadas por el sedentarismo. De cada 10 personas mayores, 3 sufren de hipertensión arterial, 1 de diabetes y casi todos son sedentarios.

La combinación de enfermedades crónicas con factores de riesgo y el “envejecimiento de la vejez”, que se observa en la Figura 8, plantean un gran desafío a las políticas de envejecimiento, ya que traerán un aumento del riesgo de que las personas mayores presenten deterioros de su salud funcional y requieran de ayuda para realizar actividades básicas de la vida cotidiana como caminar, sentarse o meterse en la cama. La dependencia funcional así definida, se refiere a la imposibilidad de resolver uno mismo las restricciones que implica la discapacidad física en interacción con el medioambiente. Actualmente, cerca del 22% de las personas mayores son dependientes y esta cifra podría llegar hasta 30% en los siguientes 10 años si no se toman medidas oportunas. Afortunadamente, la evidencia de países como Estados Unidos, sugiere que con las medidas adecuadas es posible detener y, eventualmente, disminuir la dependencia, incluso en un contexto de envejecimiento.

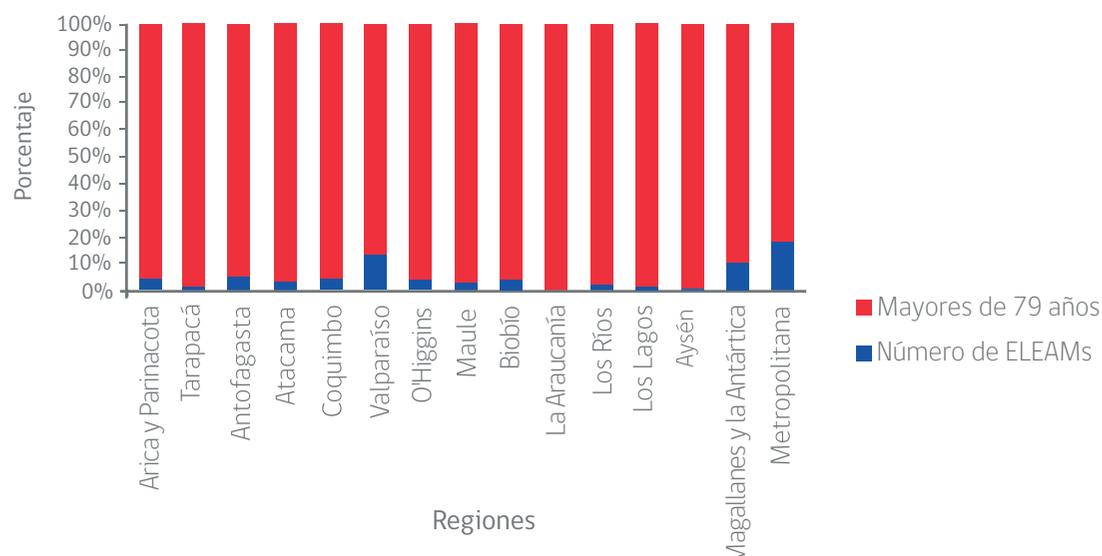
Junto al envejecimiento estamos enfrentando nuevos patrones de enfermedad y dependencia, en un contexto de cambios tecnológicos acelerados. Las nuevas generaciones de personas mayores traerán nuevas aspiraciones y expectativas frente al envejecimiento. Actualmente, dos tercios de las personas mayores declara estar satisfecha con sus necesidades de salud, pero esta fracción cae a medida que aumenta la educación y llega a la mitad de las personas con educación media. Probablemente, los mayores, cada vez más educados, van a demandar una gama de servicios de cuidado y salud más amplia y de mejor calidad,



incluyendo tanto cuidados en establecimientos especializados como en el hogar. Sus necesidades tendrán implicancias importantes para el sector público y privado a lo largo del país. Ambos sectores tendrán la oportunidad de responder a la desproporción que hoy se está produciendo entre el número de personas mayores que viven en cada región y la cantidad y calidad de los servicios que se les ofrecen.

Por ejemplo, la Figura 9 muestra que la Región del Biobío tiene un número similar de personas mayores de 80 años que la Región Metropolitana, sin embargo la Región Metropolitana tiene un número de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) siete veces mayor que la Región del Biobío. Además, la mayoría de los ELEAM a lo largo del país no cuenta con un personal lo suficientemente calificado, ni recibe a personas con Alzheimer o enfermedades demenciantes.

**Figura 9. Relación entre el número de personas de 80 años y más y el número de ELEAMs por región**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de datos del Catastro de ELEAM 2008.

Las internaciones en Establecimientos de Larga Estadía, al igual que las hospitalizaciones, pueden tener costos muy altos para el país. Además, la salud funcional es un pilar fundamental de la calidad de vida y bienestar subjetivo entre las personas mayores. Por ambas razones, es de vital importancia promover la autovalencia y prevenir la dependencia, con el fin de preservar la autonomía de las personas mayores por el mayor tiempo posible, contribuyendo a un envejecimiento satisfactorio y socialmente integrado.

Para avanzar en la dirección de proteger la salud funcional de las personas mayores, es necesario desarrollar servicios especializados, escalonados e integrales de salud y cuidados.

Para ser especializados, los servicios deben contar con profesionales con conocimiento especializado en la atención de personas mayores, de esta manera se podrá enfrentar integralmente las necesidades de salud de la población adulta mayor. En este contexto SENAMA ha articulado acciones con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y otros organismos, con el fin de buscar opciones que atraigan interesados a la especialidad de geriatría, reducir los tiempos de formación de la especialidad y enseñar Geriatría en carreras de pregrado relacionadas con salud.



Para ser escalonados, los servicios de salud y cuidado deben operar con un principio de mínima intervención necesaria, evitando que las personas lleguen directamente a los hospitales y a los ELEAM. Este principio de escalonamiento y mínima intervención necesaria es fundamental para la sustentabilidad financiera de los servicios. El servicio de salud asegura el escalonamiento ocupando los consultorios de atención primaria como puerta de entrada, los consultorios de atención secundaria como un escalón intermedio y los hospitales como el escalón final. Para ser escalonado, el servicio de cuidados debe adoptar una forma de pirámide con base en el hogar. Las personas mayores autovalentes pueden vivir de forma independiente en el hogar propio o de algún familiar, pero a medida que aumenta su nivel de dependencia funcional es necesario ir subiendo escalones e incorporar un rol más activo de la familia, mecanismos de tele-cuidado, asistencia y cuidados en el hogar (desde asistencia simple como la entrega de comida preparada o la ayuda para limpiar y ordenar, hasta cuidados más complejos como asistencia con actividades, ejercicios de rehabilitación y la toma de medicamentos), rehabilitación en centros diurnos, y finalmente, institucionalización en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM).

Para ser integrales, los servicios de salud y cuidado deben considerar interacciones entre ambos, y deben adoptar enfoques sociosanitarios que se enmarquen en el Modelo de Atención Integral de Salud. Los servicios de cuidado deben operar como una forma de prevenir y descongestionar el sistema hospitalario, entregando atención a las personas mayores, tanto en sus hogares como en los centros diurnos y ELEAM.

Cabe destacar la importancia de generar dispositivos o eslabones asistenciales hospitalarios como las Unidades y Servicios de Geriatría. Es necesario avanzar hacia un modelo de cuidados continuados que incluya la instalación de estas Unidades o Servicios de Geriatría en los hospitales, considerando, además, la formación de los respectivos especialistas en geriatría y en todas las profesiones de salud vinculadas a la gerontología, a fin de constituir los equipos que trabajarán en dichas unidades. En este sentido, la Estrategia Nacional de Salud Década 2011-2020, en relación a la salud de los adultos mayores, ha priorizado tres estrategias fundamentales en la evidencia: sensibilización y promoción para incentivar el envejecimiento saludable y las buenas prácticas de cuidado del adulto mayor a través del trabajo intersectorial; mejoría de la calidad de atención de la población adulta mayor en Atención Primaria por medio del aumento de la resolutivez en la atención y puesta en marcha del modelo de atención geriátrica integral en red al interior de hospitales de alta complejidad.

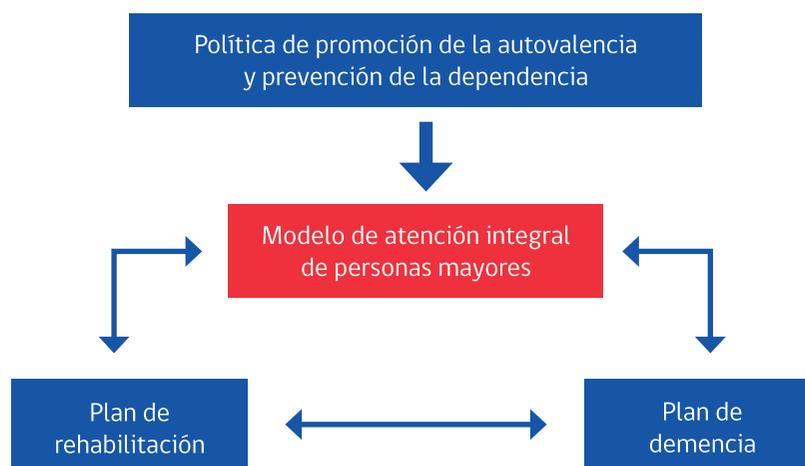
Para los servicios de salud se propone un Modelo de Atención Integral de las Personas Mayores que identifique los factores de riesgo y causas tanto físicas, biológicas, síquicas y sociales que pueden llevar distintos grados de dependencia y pérdida de facultades cognitivas que afectan a las personas mayores. La Figura 10 ilustra los dos principales pilares fundamentales de este modelo: un plan de rehabilitación y un plan de demencia.

El plan de rehabilitación (dependencia) aborda los diversos procesos de rehabilitación apuntados a recuperar o, al menos, moderar la disminución de la capacidad motora de la persona. Esto comprende intervenciones centradas en la misma atención primaria en los centros de rehabilitación en base comunitaria, en interacción con organismos del extra sistema de salud (comunidad, municipalidad, ONGs, entre otros), pero se extiende hasta la atención secundaria y terciaria. Cuando lo amerita, la persona mayor es derivada desde la atención primaria hasta la atención secundaria, ya sea para su tratamiento por enfermedad común, como también cuando se requiere precisar el diagnóstico del grado de dependencia que presenta. Luego se procede en este nivel a establecer su plan de intervenciones, que puede o no incluir atenciones a nivel terciario; el grupo de profesionales con competencias en cuidado de las personas mayores efectúa la rehabilitación del caso, el seguimiento en la ejecución del plan de intervención, contribuye a optimizar el proceso de atención y a asegurar el alta oportuna, ya sea para continuar con el plan a nivel secundario o a retornar al nivel primario.



El Plan de Demencia comprende la identificación a nivel de la atención primaria del grado de deterioro de capacidad cognitiva, estableciendo si ésta es leve, leve con riesgo de demencia o demencia (leve, moderada y severa), para dar curso a intervenciones apuntadas a recuperar o moderar el avance del deterioro cognitivo, y, cuando éste está avanzado e irrecuperable, a fortalecer los mecanismos de apoyo familiares y comunitarios.

**Figura 10. Sistema de atención integral de personas mayores**



Fuente: adaptado por SENAMA a partir de Figura del Ministerio de Salud.

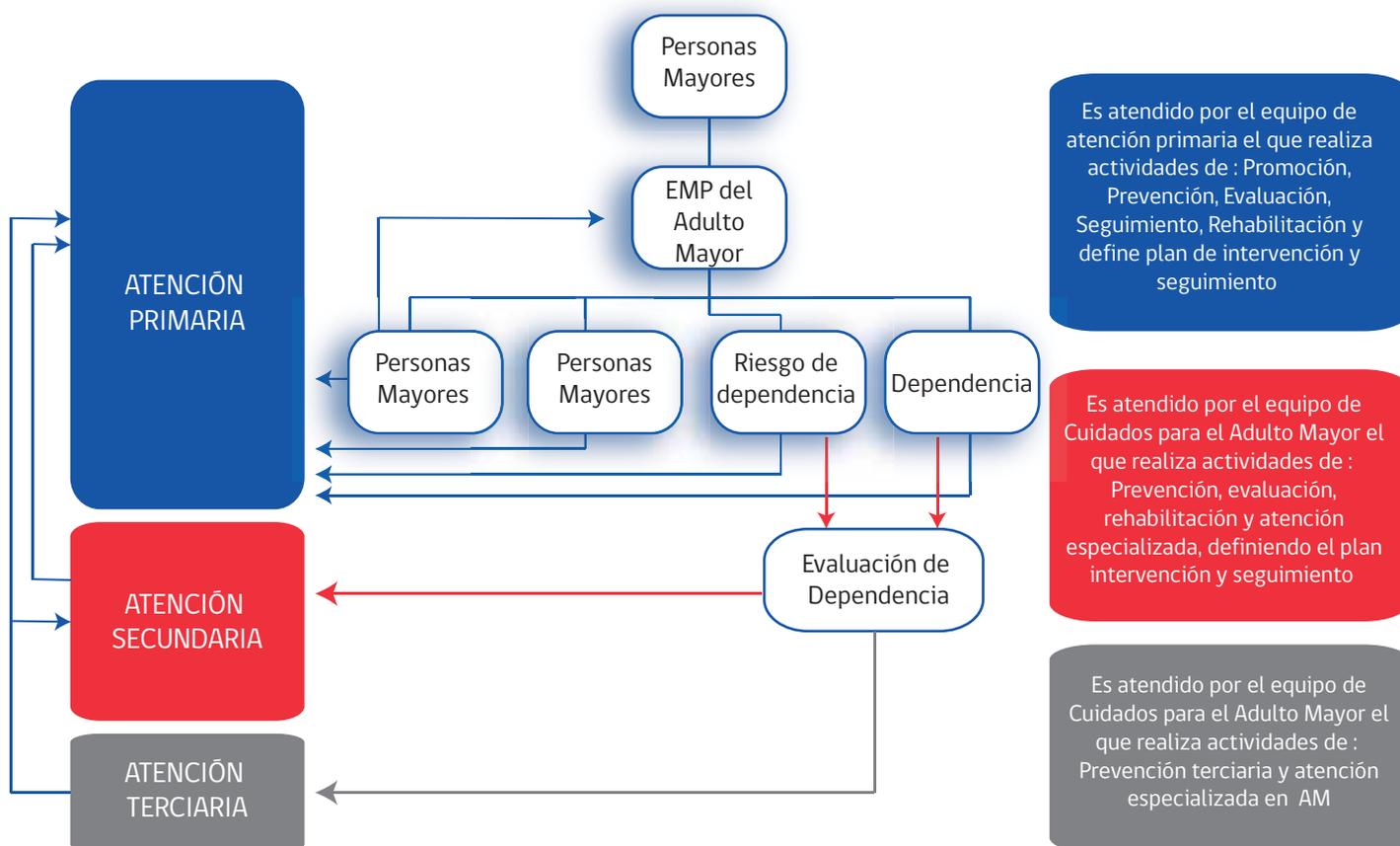
En este modelo, tal como lo ilustra la Figura 11, la promoción de la autovalencia y prevención de la dependencia se instala en el nivel de la Atención Primaria, donde se ejecutan la mayoría de las intervenciones, a partir del EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor), que permite detectar los factores de riesgo y sospechar pérdida de capacidad funcional y que, por ende, pueden llevar a la discapacidad y finalmente a la dependencia.

Cuando existe la sospecha de dependencia, se aplica el Test de Barthel para precisar los grados de la misma y, cuando procede, se confirma mediante la derivación al nivel secundario para ser atendido por un Equipo de Cuidados para la Persona Mayor. Este equipo está conformado por un grupo de profesionales de la salud multifuncional con competencias en cuidado de las personas mayores, el cual tiene por funciones evaluar la condición de dependencia, la preparación del plan de intervenciones, la ejecución de las intervenciones de rehabilitación, el acompañamiento del paciente en su tratamiento general, y en el alta oportuna.

Cuando el Test Mini Mental abreviado (que es parte del EMPAM) sale alterado (<13, sospecha de pérdida de facultades cognitivas), ello da curso a la aplicación de otros test dentro del plan de demencia con el fin de, primero, descartar la presencia de depresión, y luego discriminar entre deterioro cognitivo leve y demencia. Quienes no tienen depresión son sometidos al Test Mini Mental extendido de Folstein-Lobo con puntaje de cohorte de 22 a 27 puntos, más el Test de Pfeiffer, que permite discriminar entre quienes presentan Deterioro Cognitivo Leve (DCL) con Riesgo de Demencia y Demencia (Leve, Moderada y Severa). Los cursos de acción que se siguen van orientados a la realización de Talleres de Memoria y Talleres para los Cuidadores, todos estos realizados en la Atención Primaria.



Figura 11. Diagrama general del modelo de atención integral de personas mayores



Fuente: adaptado por SENAMA a partir de figura del Ministerio de Salud.

Junto a los sistemas de cuidado y salud, existen otros factores, como el autocuidado, la identidad, la autonomía y la participación, cuya importancia para el buen envejecer ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El autocuidado de la salud comprende hábitos saludables como una alimentación sana, desarrollo de actividad física, cuidado de la higiene personal, adecuado reposo y estímulo cognitivo. La identidad comprende la integralidad, el autoconocimiento, la autoestima, la valoración personal y la sensación de continuidad de la existencia personal. La autonomía se refiere a la capacidad de tomar decisiones, manejando la propia vida, ejerciendo un envejecimiento activo y pleno. La participación es el opuesto del aislamiento y la soledad, y se puede fortalecer en las relaciones con familiares, vecinos, amigos, ex colegas de trabajo y conocidos. Desde esta perspectiva, el envejecimiento positivo tiene determinantes multifactoriales que pasan por el plano biológico, psicológico y social.

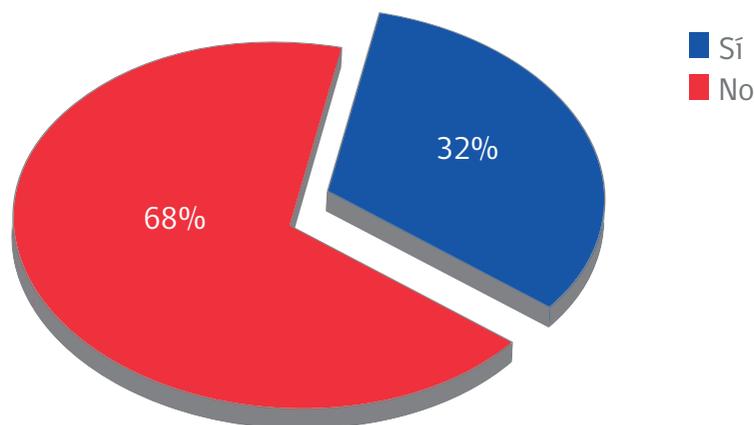


## Un Chile para todas las edades

### ¿Cómo se integran y participan las personas mayores en distintos ámbitos de la sociedad?

En Chile existen patrones socioculturales estereotipados en la población y en las propias personas mayores que resultan en altas cifras de exclusión social hacia las personas de edad. La integración social es deficitaria en distintos ámbitos. Por ejemplo, existen estudios donde una de cada tres personas mayores reportan alguna forma de maltrato (ver Figura 12).

**Figura 12. Prevalencia de maltrato en personas mayores**



Fuente: elaboración de SENAMA en base al estudio sobre maltrato a las personas mayores de Concepción y Temuco, Quiroga y Cols., 1999.

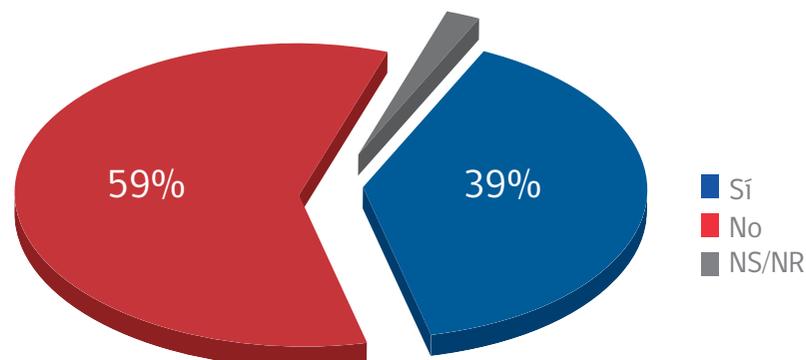
La integración social también aparece como deficitaria al mirar el nivel educacional de las personas mayores. Aunque el nivel educacional está mejorando, en 2009, tres de cada cuatro personas mayores no tenía educación media completa. Durante ese mismo año, menos del 1% de las personas mayores cursaron una nivelación de estudios y menos del 4% recibió capacitación laboral. A lo anterior, se suma el hecho de que 9 de cada 10 personas mayores no ocupa Internet, restándose con ello la posibilidad de acceder a la conectividad e información que representa el acceso a las nuevas tecnologías.

En el ámbito económico, actualmente, hay cinco personas económicamente activas por cada persona mayor, pero el 2025 habrán solo tres. Las personas mayores no sólo contarán con menos personas que puedan apoyarlos económicamente, sino que, además, tendrán que financiar periodos de jubilación cada vez más largos, producto del aumento de la esperanza de vida. Los chilenos que hoy tienen 60 años esperan vivir 23 años más, y los que hoy tienen 65 años esperan vivir 19 años más. Esto significa que las personas en edad de jubilarse hoy esperan vivir aproximadamente 6 años más que los que tenían su misma edad en 1970. Y la esperanza de vida y los periodos de jubilación seguirán aumentando. Abrir oportunidades de participación y seguridad económica para las personas mayores es, por lo tanto, un desafío substancial para las políticas de envejecimiento.

La integración también tiene una dimensión espacial que se refiere a las viviendas, barrios, ciudades y medios de transporte para recorrerlas. Si bien, el 85% de las personas mayores declara poder salir y desplazarse fuera de sus viviendas sin ayuda, cerca de la mitad de ellos declara algún tipo de dificultad como el pavimento en mal estado, los obstáculos en las veredas, la subida y bajada de cunetas, o simplemente para cruzar la calle (ver Figura 13).



**Figura 13. Dificultad por problemas en el pavimento o suelo (hoyos, pendientes, resbaladizo, piedra, barro)**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de datos del Estudio Dependencia SENAMA, 2009.

El listado de dificultades aumenta cuando se considera la experiencia del 72% de personas mayores que ocupa el transporte público (ver Figura 14). Un entorno más favorable podría entonces mejorar las posibilidades que tienen las personas mayores para desplazarse. Un entorno más favorable también podría reducir emociones negativas, como el temor a caerse, que el 30% de las personas mayores declara sentir cuando sale de su casa y que para el 11% de las personas mayores significa preferir no salir de su casa.

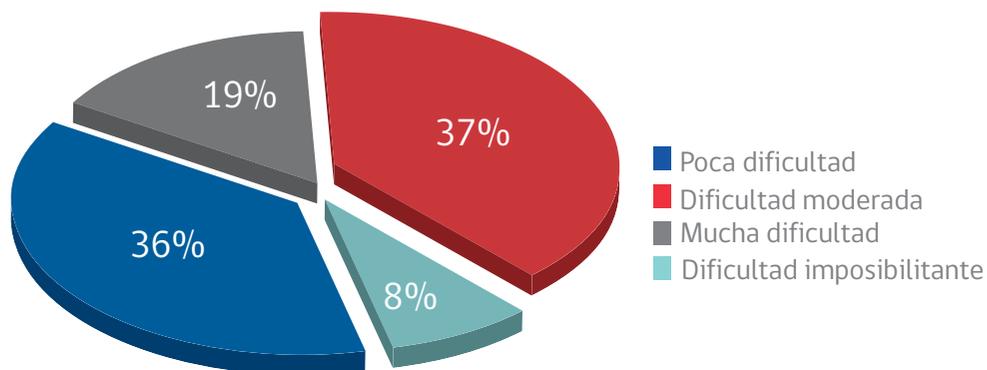
El envejecimiento poblacional del país trae consigo una serie de desafíos respecto al adulto mayor que se deben enfrentar en términos sociales y urbanos y que permitan hacer de la persona mayor, una persona activa en la sociedad. Por lo mismo, las políticas públicas que se implementen deberán enfrentar este desafío, pues la habitabilidad, el urbanismo y los entornos favorables, son el marco para que las políticas y los programas en torno al envejecimiento activo tengan un impacto mayor en ellas.

La Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha ido cobrando cada vez más relevancia a escala global. “Una ciudad amigable con las personas mayores es la que alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS).

Senama ha impulsado una serie de iniciativas destinadas a la promoción de ciudades amigables en varias comunas del país.



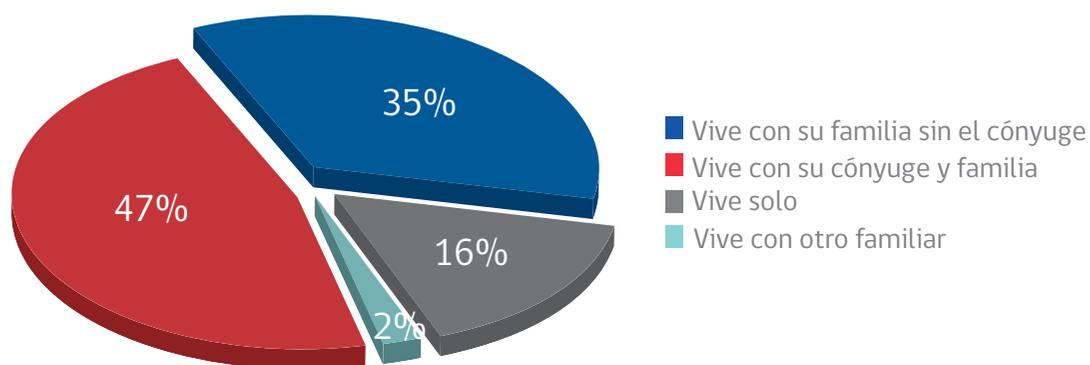
**Figura 14. Dificultad para desplazarse en el transporte público**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de datos del Estudio Dependencia SENAMA, 2009.

Los desafíos de integrar social, económica y espacialmente a las personas mayores van acompañados del desafío de integrarlos culturalmente. Es importante difundir una imagen positiva de las personas mayores y abrir oportunidades de recreación y socialización que beneficien especialmente al 16% de las personas mayores que viven solas (ver Figura 15). La soledad es un factor de riesgo, especialmente cuando va asociada a estereotipos negativos.

**Figura 15. Co-residencia de las personas mayores**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de los datos del Estudio de Dependencia, SENAMA 2009.

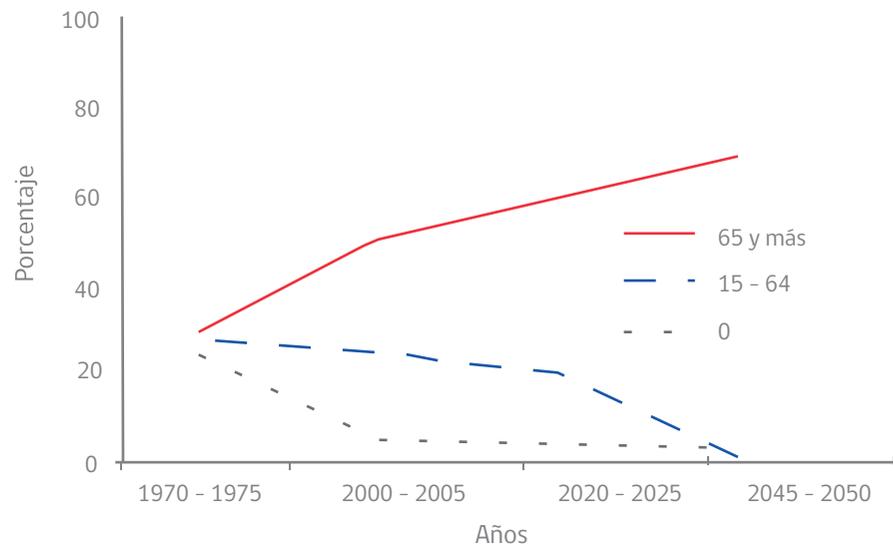
## Vivir más y mejor

### ¿Cuál es la evaluación que hacen las personas mayores de su propia vida?

Los mayores quieren vivir más, pero también vivir mejor. Desafortunadamente, el vivir más ha estado acompañado en Chile de un cambio en la distribución de la mortalidad, pero no del bienestar subjetivo.

Tal como sucede en otros países envejecidos, la muerte se concentra en Chile entre personas mayores. La Figura 16 muestra que en 1970 las muertes ocurrían casi con la misma frecuencia en los distintos grupos etarios (65 y más años, 15-64 años y 0-14 años). Hoy más del 65% de las muertes ocurren a partir de los 65 años. Y el 2050 casi el 85% de las muertes ocurrirá a partir de los 65 años.

**Figura 16. Porcentaje de defunciones por grandes grupos de edad**

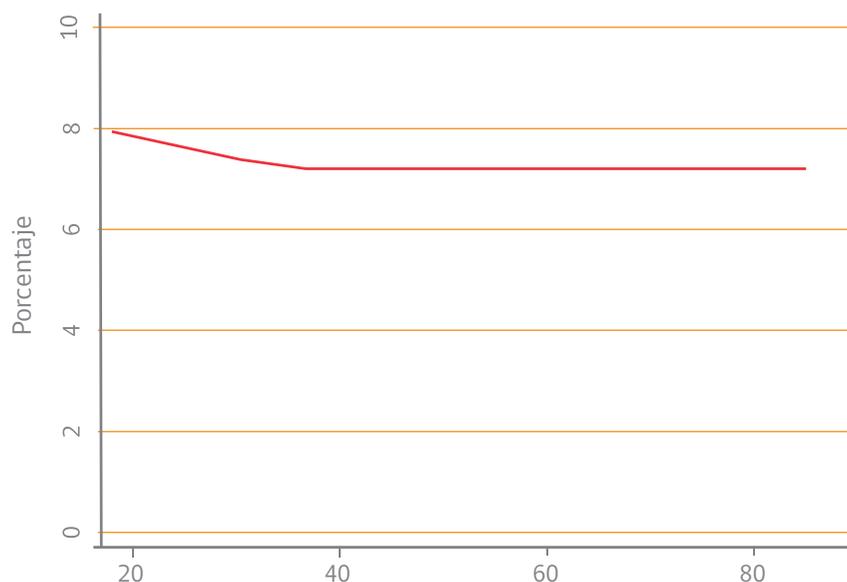


Fuente: elaboración de SENAMA a partir del Observatorio Demográfico INE-CEPAL No 3. 2007.

Así como la muerte se concentra entre las personas mayores, en muchos países envejecidos este grupo también reporta un alto nivel de bienestar subjetivo, o al menos tan alto como entre los jóvenes. Sin embargo, la Figura 17 muestra que en Chile la satisfacción con la vida de las personas no es tan alta como la de los jóvenes. La línea que representa la relación entre satisfacción vital y edad tiene la forma de una media sonrisa, pero la experiencia de otros países muestra que podría llegar a ser una sonrisa entera.



**Figura 17. Nivel de satisfacción con la vida a distintas edades**



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de la Encuesta Mundial de Valores 2011.

Si bien el envejecimiento de la población es un indicador de desarrollo que muestra que los chilenos pueden vivir más, es importante preguntarse cómo se vivirán esos años adicionales, y qué podemos hacer para que sean de mejor calidad. El espíritu de esta pregunta se refleja en el lema de la Organización Mundial de la Salud, que cambió desde “sumarle años a la vida” hacia “ponerle vida a los años”. Con esto se desplazó el foco desde la enfermedad hacia la salud positiva, lo cual es consecuente con la transición epidemiológica desde las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores. Cuando se trata de enfermedades crónicas, los niveles de bienestar subjetivo y felicidad adquieren mayor relevancia para los pacientes y médicos tratantes.

## Las políticas actuales de envejecimiento

### ¿Cuál es el estado de las políticas actuales de envejecimiento?

A nivel internacional, las personas mayores han sido reconocidas crecientemente como sujetos de derechos. El primer paso en esta dirección se tomó con la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Austria 1982. En esta asamblea, la comunidad internacional, a través de la Organización de Naciones Unidas, aprobó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, enfocado en problemáticas demográficas propias de los países desarrollados de la década de los 80.



En 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó con la Resolución Nº 46/91 el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento de 1982. Con ello se establecieron cinco principios básicos en relación a las personas mayores:

1. De independencia: comprende los derechos de alimentación, agua, vivienda y atención sanitaria, mediante ingresos económicos propios o suministrados por su familia y la comunidad; la posibilidad de trabajar o de tener acceso a otras fuentes de ingreso; la determinación del momento y la forma en que dejarán de desempeñar actividades laborales; el beneficio de programas educativos y formativos y la opción de vivir en medios seguros, adaptados a sus preferencias y capacidades.
2. De participación: incluye el derecho a permanecer integrados a la sociedad, participando en la formulación de medidas que afectan su bienestar y compartiendo sus conocimientos con las generaciones más jóvenes.
3. De cuidados: abarca el derecho a disfrutar de protección familiar y comunitaria; la opción de recibir atención de salud, y la oportunidad de contar con servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
4. De autorrealización-plenitud humana: se refiere a las oportunidades para desarrollar el potencial personal y el acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
5. De dignidad: busca que las personas mayores lleven una vida digna y segura, libre de explotación y de maltratos físicos y mentales.

Un tercer hito clave en el reconocimiento de las personas mayores fue la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada el 2002 en Madrid. En esta Asamblea de Naciones Unidas se adoptaron dos documentos oficiales: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. En el primer documento se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural, mientras que el segundo, constituye un instrumento programático en que se proponen más de un centenar de recomendaciones en tres áreas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y bienestar en la ancianidad, y la creación de un entorno propicio y favorable.

Solamente en una cuarta etapa se introducen consideraciones regionales sobre el envejecimiento y los derechos de las personas mayores. En América Latina, el Gobierno de Chile, con el apoyo del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y de los organismos del Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento, realizaron en 2003 una conferencia donde se discutió la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, todo esto en el marco de los compromisos de la Declaración del Milenio. Siguiendo al Plan de Madrid, se precisaron tres áreas prioritarias: personas de edad y desarrollo, salud y bienestar en la ancianidad y entornos propicios y favorables. En la conferencia también se resaltó el interés regional en los derechos de las personas mayores.

En el 2007 se realizó una Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, conocida como la "Declaración de Brasilia." En esta Conferencia se continuó avanzando hacia la construcción de una sociedad para todas las edades, con protección social basada en derechos. Además, las delegaciones presentaron avances nacionales en la implementación de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento, y los debates se organizaron en torno a temas de interés para el proceso de examen y evaluación regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.



En la Declaración de Brasilia de los Estados Miembros se destaca el Artículo N° 7 de la Declaración de los Estados que señala lo siguiente: “Reafirmamos el compromiso de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica, diferenciando el área urbana y rural y reconociendo la perspectiva intergeneracional, de género, raza y etnia en las políticas y programas destinados a los sectores más vulnerables de la población en función de su condición económica y social y de situaciones de emergencia humanitaria, como los desastres naturales y el desplazamiento forzado”.

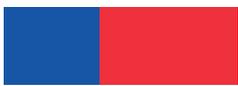
La Tercera Conferencia Regional Intergubernamental, se realizó en San José de Costa Rica, entre los días 8 y 11 de mayo de 2012, en la que los 20 países participantes suscribieron la “Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe”, la que considera un tratamiento de las materias que se relacionan directamente con las personas mayores, además de la elaboración más sistemática sobre ciertos derechos específicos, lo que hace que sea el documento más completo sobre los derechos de este grupo etario, suscrito hasta la fecha, a nivel mundial. Chile, a través de SENAMA, participó en el Panel de Institucionalidad, además, fue designado país relator de la jornada.

Junto a las iniciativas internacionales y regionales, distintos países han propuesto políticas y estrategias nacionales y locales para enfrentar el envejecimiento. La mayoría de ellas están centradas en las enfermedades, como el Plan Alzheimer de Francia o Demencia en el Reino Unido. Sin embargo, en todos los países se observa una evolución en el foco de las políticas, que inicialmente son las pensiones, luego se suma salud y, finalmente, se incorpora un conjunto más amplio de temas que van desde la participación y el transporte hasta el maltrato y la discriminación. La dependencia institucional de los servicios puede ser el Ministerio de Desarrollo Social, como en la mayoría de los países latinoamericanos, pero también puede ser el Departamento de Salud, como en Estados Unidos y Australia, o el Ministerio del Trabajo, como en Francia y Reino Unido.

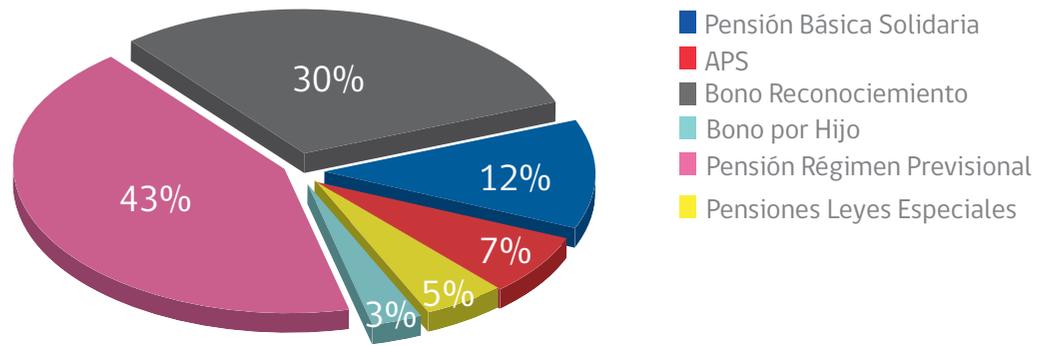
En general, el desafío fiscal más grande que enfrentan los países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE) es el envejecimiento poblacional. Por ejemplo, Social Security, Medicare y Medicaid, equivalen a aproximadamente la mitad del presupuesto federal en Estados Unidos. Por lo mismo, un principio frecuente de las políticas, es que en vez de gastar más, se puede desplazar el gasto proporcionalmente a la pirámide poblacional.

Chile ha adoptado progresivamente las prácticas y recomendaciones internacionales y desde finales de los 90 ha transitado desde un enfoque asistencialista a un enfoque de derechos y protección social amplia. Un hito fundamental para el reconocimiento de las personas mayores como grupo prioritario de las políticas públicas, fue la instalación de una política de salud especial para personas mayores en 1998. Otro hito clave fue el inicio del funcionamiento del Servicio Nacional del Adulto Mayor en 2003.

Desde entonces, se ha protegido el derecho de independencia, instalando garantías de ingresos, jubilación y salud, entre otras. De acuerdo a estimaciones del Ministerio de Desarrollo Social, actualmente el gasto total en personas mayores alcanza \$MM 3.912.841 (US \$8.215.594.096) y se concentra fuertemente en pensiones (74%), seguido por salud (25%). Las Figuras 18 y 19 entregan más detalles de la descomposición del gasto en trabajo y salud.

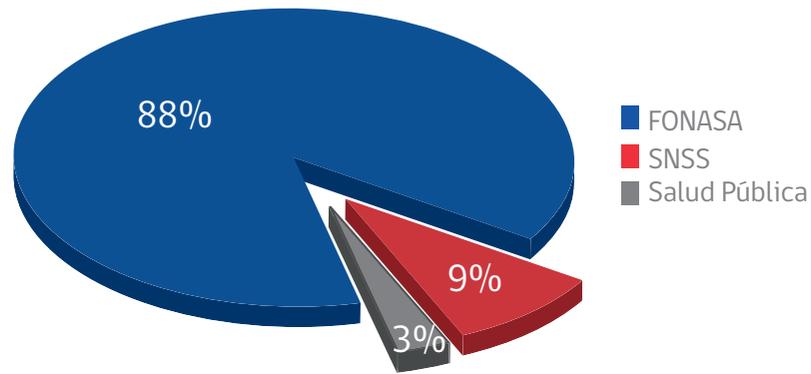


**Figura 18. Gasto estimado en pensiones**



Fuente: estimaciones del Ministerio de Desarrollo Social 2012.

**Figura 19. Gasto estimado en salud**



Fuente: estimaciones del Ministerio de Desarrollo Social 2012.



A nivel nacional el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, es la Institución pública encargada en el país del envejecimiento y la vejez.

En lo referente a la promoción de los derechos de los mayores ha sido enfocado desde distintos frentes. Desde uno centrado en la participación, dirigida a personas valentes y semi valentes, a través del Fondo Nacional del Adulto Mayor, creado conjuntamente con el SENAMA, y operado como un fondo concursable nacional, a partir de 2004, diseñado para financiar proyectos ideados, elaborados y desarrollados por organizaciones de adultos mayores, a través de concursos. El segundo componente del programa, el Fondo Concursable de Iniciativas desarrolladas por ejecutores intermedios que trabajan con adultos mayores, comienza su operación en 2006, siendo sus beneficiarios adultos mayores dependientes. En 2007, SENAMA, se hace cargo, además, de la operación técnica del Programa Vínculos, en alianza estratégica con el Mideplan, hoy Ministerio de Desarrollo Social, en el que se desarrolla una intervención psicosocial en adultos mayores en situación de pobreza y vulnerabilidad, la cual entrega subsidios y prestaciones sociales integradas a la red comunitaria de protección social, fortaleciendo o instalando habilidades a través de monitores comunitarios.

Desde 2008 comienza a operar la tercera línea del Fondo, de asignación directa, dirigida especialmente a adultos mayores vulnerables y abandonados, cuyas prestaciones son operadas por instituciones que atienden directamente a estas personas.

La participación también ha sido apoyada por los Programas de Escuelas de Dirigentes, desde 2008, vinculado directamente con la instauración de los Consejos Asesores Regionales de Mayores, creados a través del D.S. Nº 8/2008, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, como organismos asesores del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), en la proposición de la política nacional del adulto mayor en cada región, que aportan a la ciudadanía activa de las personas mayores. A la participación e integración de los mayores, también contribuyen los Centros Integrales de Mayores, construidos con financiamiento y supervisión de SENAMA. Existen en 17 comunas del país y canalizan a nivel del territorio municipal las acciones del Estado hacia este grupo etario.

Por otra parte, el Programa Asesores Seniors, ejecutado por SENAMA a partir de 2004, releva las acciones de voluntariado de los mayores, permitiendo que profesionales jubilados compartan su experiencia social y laboral con niños de educación básica, al tiempo que les brindan apoyo escolar.

Con respecto al derecho a cuidado y techo, se creó a partir de 2010, el Programa de Viviendas Protegidas para Adultos Mayores, iniciativa que da una respuesta integral a las necesidades bio-psicosociales que plantea la atención a la dependencia y la carencia o precariedad de techo.

El derecho a la recreación ha sido abordado mediante el Programa de Turismo Social, que comenzó a operar desde 2009.

SENAMA, en 2005 convocó a una mesa de trabajo cuyo producto final fue un proyecto de ley que incorporaba, en especial, el maltrato al adulto mayor en la legislación nacional. Dicho proyecto dio origen a la Ley Nº 20.427, publicada en el Diario Oficial en marzo de 2010. Esta modificación legislativa permitió contar, a partir de 2012, con un Programa Nacional de Prevención Contra la Violencia y Abuso al Adulto Mayor.

Junto a los programas de SENAMA existen muchas iniciativas aisladas de distintos sectores que realizan importantes contribuciones al bienestar de las personas mayores. Parte de lo que hace la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile es articular y potenciar las distintas iniciativas en un marco de acción global.



## Envejecimiento heterogéneo y segmentado

### ¿Cuántas caras tiene el envejecimiento?

Ciertamente más de una. El envejecimiento es altamente heterogéneo y está segmentado, entre otras variables por: género, zona geográfica, tiempo y espacio. La segmentación por género se expresa en que hoy hay solamente 8 hombres por cada 10 mujeres mayores de 60 años, y solamente 6 hombres por cada 10 mujeres mayores de 80 años. La distribución por género de las personas que proveen cuidado a los mayores dependientes, también se inclina hacia el lado femenino. (ver Figura 20).

**Figura 20. Cuidadores de las personas mayores dependientes por género**

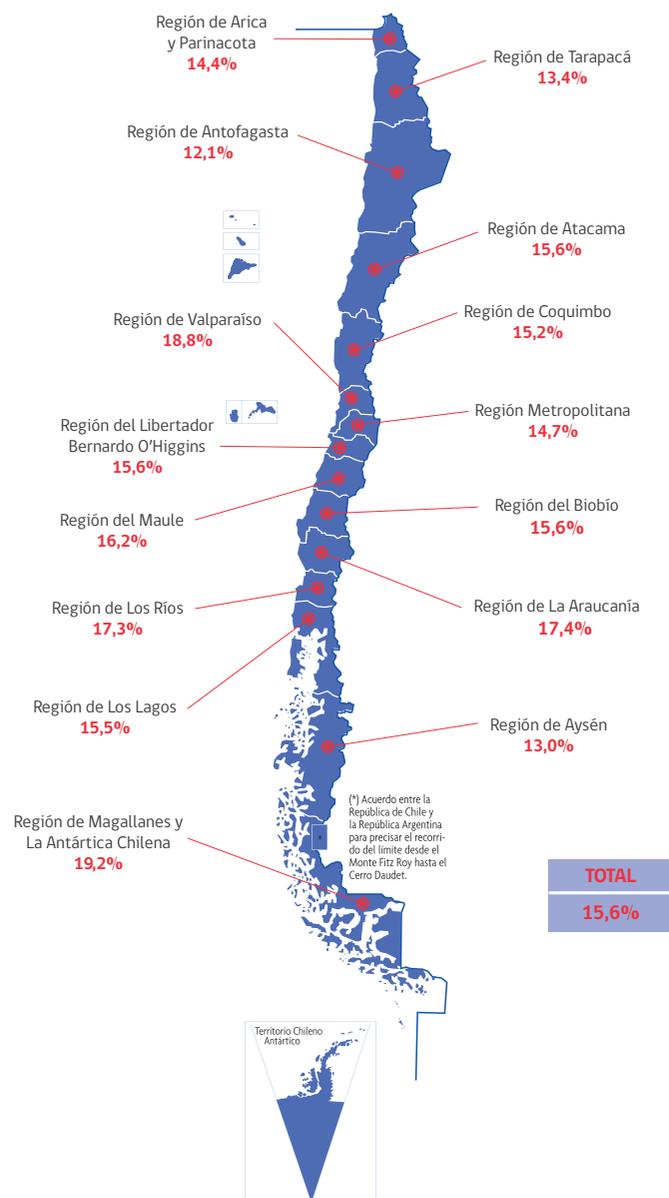
Cuidadores de las personas mayores dependientes		
Parentesco	% (n)	Proporción de sexo femenino
Hijo(a)	44,0 (196)	<b>83,7</b>
Esposo(a)	23,8 (106)	<b>75,5</b>
Hermano/(a) o cuñado(a)	3,8 (17)	<b>88,2</b>
Yerno/nuera	6,7 (30)	<b>86,7</b>
Nieto(a)	6,7 (30)	<b>83,3</b>
Otro familiar	8,1 (36)	<b>93,3</b>
Otro no familiar	4,9 (22)	<b>100</b>
Servicio doméstico	1,8 (8)	<b>100</b>

Fuente: elaboración de SENAMA a partir del Estudio de Dependencia SENAMA 2011.

El envejecimiento también está segmentado por zona geográfica. Aproximadamente el 85% de las personas mayores viven en zonas urbanas y el 15% en zonas rurales. El mapa de la Figura 21 ilustra la proporción de personas mayores por región.



**Figura 21. Proporción de personas mayores respecto al total de población por región**

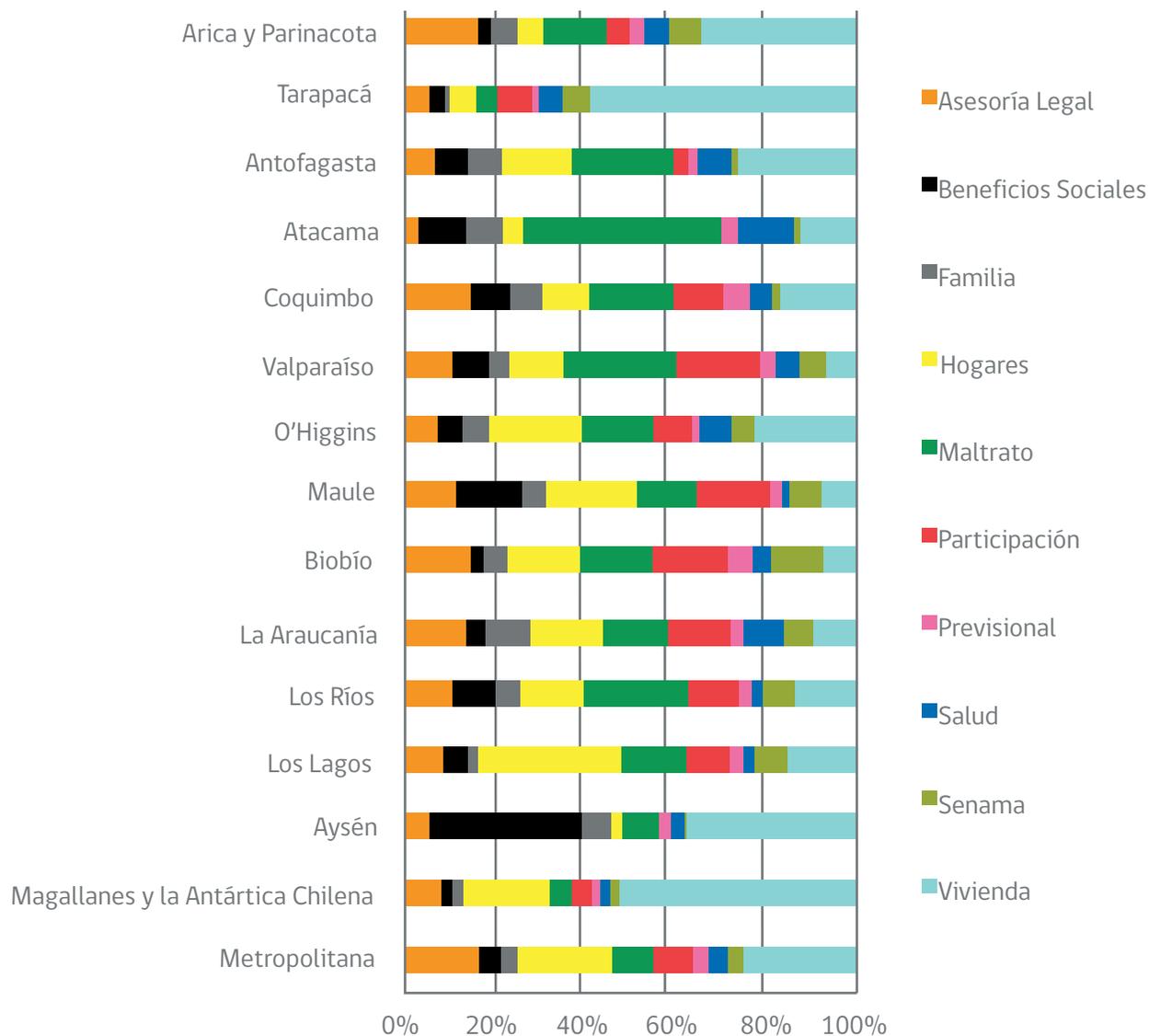


Fuente: elaboración SENAMA, Boletín de Indicadores Sociodemográfico de las Personas Mayores a Nivel Territorial.

La segmentación geográfica del envejecimiento se refleja también en distintos tipos de requerimientos. La Figura 22 muestra importantes diferencias entre regiones. Por ejemplo, los requerimientos más prevalentes en la Región de Tarapacá se relacionan a vivienda, mientras que los relacionados a ELEM dominan la Región de Aysén.



Figura 22. Requerimientos regionales atendidos por el Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC), SENAMA

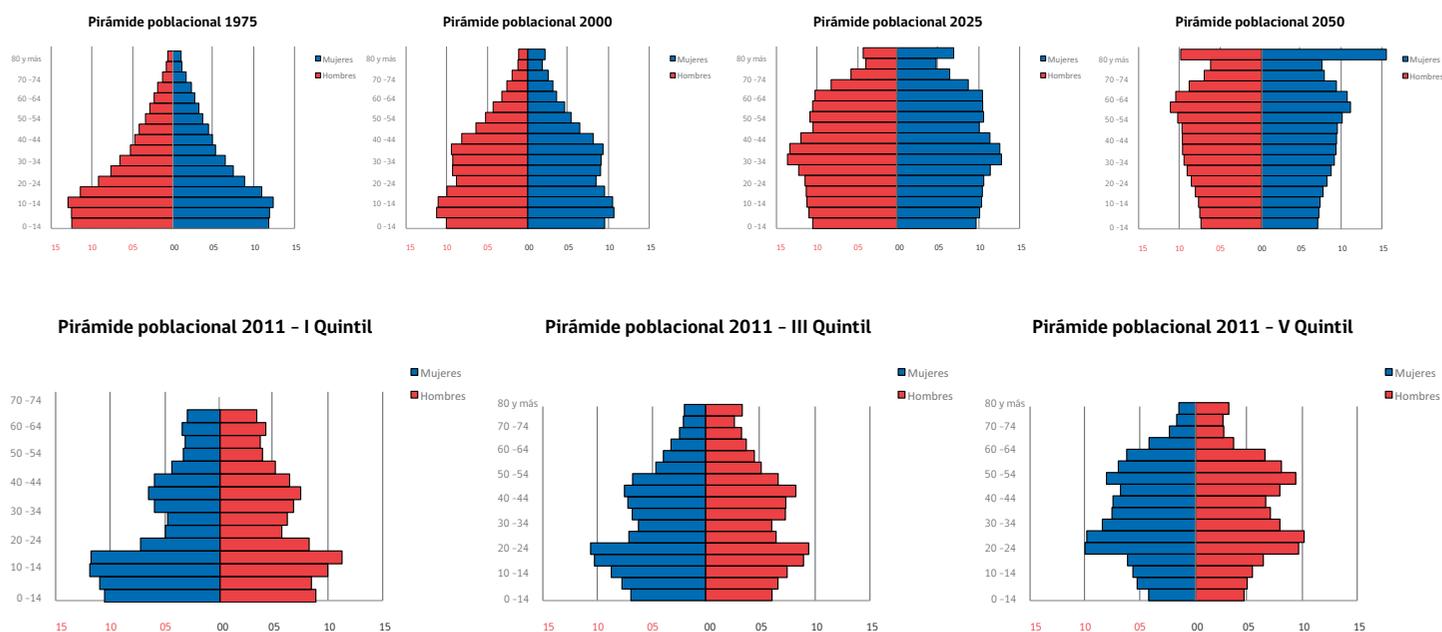


Fuente: elaboración de SENAMA a partir del Estudio de Dependencia SENAMA 2011.

El envejecimiento también está segmentado temporal y socioeconómicamente. El conjunto superior de pirámides de la Figura 23 ilustra el carácter dinámico del envejecimiento, pasando de una pirámide en 1975, a un bloque en 2050. El conjunto inferior de pirámides ilustra el carácter radicalmente heterogéneo que puede tener el envejecimiento, incluso en un momento específico del tiempo. En 2009 coexisten mundos paralelos, estando el quintil I mucho más cerca de la realidad del país en 1975 y el quintil V mucho más cerca de la realidad del país en 2050.



Figura 23. Variación longitudinal y transversal de la pirámide poblacional



Fuente: elaboración de SENAMA a partir de la Encuesta CASEN 2009 y del Observatorio Demográfico INE-CEPAL 2010.

Por último, pero no por ello menos importante, el envejecimiento también es un fenómeno político, representando las personas mayores cerca del 30% del padrón electoral.



**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS DE LA POLÍTICA  
INTEGRAL DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO PARA  
CHILE 2012-2025**

---



## Fundamentos

La Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile ofrece una respuesta particular a los desafíos del envejecimiento. Hablamos de “política” para referirnos a un conjunto de orientaciones y acciones del Estado. Esta política es “integral”, en tanto considera los aportes que pueden realizar distintos ministerios y servicios públicos en colaboración con otros actores sociales. La Política es de “envejecimiento” porque responde a procesos dinámicos que ocurren a lo largo del curso de la vida y la historia, y no solamente a la condición estática de ser persona mayor. La política es de envejecimiento “positivo” porque no se limita a solucionar problemas, sino que busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean saludables, integradas y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. La política es “para Chile” porque a todos los chilenos nos afecta el envejecimiento de la estructura demográfica y todos envejecemos desde el momento en que nacemos. Y la política tiene un plazo “2012-2025” porque se propone objetivos a trabajar desde el presente hasta el 2025, año en que las personas mayores serán tantas como los jóvenes y en que la vejez habrá envejecido.

## Objetivos generales

Esta Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile busca crear un futuro deseable, donde se cumplan tres objetivos generales:

1. Proteger la salud funcional de las personas mayores.
2. Mejorar su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad.
3. Incrementar, de forma transversal, el bienestar subjetivo de las personas mayores.

El primer objetivo general busca que las personas mayores sean autovalentes, pero sin desconocer la importancia del apoyo a personas mayores que desarrollen dependencia. El segundo objetivo general busca construir una sociedad para todos, donde las personas mayores mejoren su integración y participación en el ámbito social, económico, cultural y espacial. El tercer objetivo es de tipo transversal y busca que la Política Integral de Envejecimiento Positivo, en cada una de sus etapas, contribuya a que las personas mayores evalúen la calidad de su vida de forma favorable y positiva.

Ciertamente, el Estado tendrá un rol central para transformar estos objetivos en una realidad, pero las mismas personas mayores, sus familias, organizaciones sociales, el sector privado, las universidades y otros actores sociales, también cumplen un rol fundamental. Las contribuciones de todos estos actores permitirán asegurar que el envejecimiento sea una experiencia positiva para todos los chilenos. Envejecer de forma positiva significa que como personas podremos disfrutar la vida, y como país enfrentaremos con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica. Por lo tanto es envejecimiento positivo para toda la población y no solamente para las personas mayores.



## Objetivos específicos

Para lograr los tres objetivos generales, la política propone 13 objetivos específicos:

1. Mejorar la oferta, calidad y eficiencia tanto de los servicios de cuidado como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas mayores.
2. Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores.
3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.
4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas y productivas.
5. Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las personas mayores.
6. Proteger la seguridad económica de las personas mayores.
7. Adecuar viviendas, medios de transporte y ciudades para las personas mayores.
8. Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores.
9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.
10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionada con personas mayores.
11. Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.
12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.
13. Evaluar y optimizar periódicamente la contribución de la política al bienestar subjetivo de las personas mayores.

## Consistencia de los objetivos

La mayoría de los objetivos específicos conducen a más de un objetivo general. Sin embargo, es posible atribuir cada objetivo específico a un objetivo general prioritario. Los primeros dos objetivos específicos conducen prioritariamente al objetivo de salud, mientras que el último objetivo específico conduce prioritariamente al objetivo de bienestar subjetivo. Los otros objetivos específicos conducen prioritariamente al objetivo de integración.

También es posible organizar los objetivos específicos por grandes líneas de acción (ver Figura 2). Los objetivos específicos 1 al 3 se orientan a promover el envejecimiento saludable, 4 al 7 se orientan a promover el envejecimiento activo y 8 al 13 se orientan a promover el envejecimiento positivo. Por este motivo, es posible sostener que la Política Integral de Envejecimiento Positivo, contiene en ella los principios del envejecimiento saludable y activo, que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos.

El tercer objetivo general, que busca incrementar el bienestar subjetivo de las personas mayores, es de tipo transversal. Para cumplir con este objetivo, no es suficiente garantizar un piso de condiciones objetivamente mínimas de vida, sino que es importante considerar la subjetividad de las personas mayores en las políticas de envejecimiento. Para avanzar en esta dirección, la Política Integral de Envejecimiento Positivo, utilizará en cada una de las etapas de su ciclo los datos y evidencia disponible sobre bienestar subjetivo y felicidad de las personas mayores: en el diagnóstico para identificar y priorizar las necesidades de las personas mayores, en la formulación de propuestas y diseño de nuevas políticas de envejecimiento para justificar la acción, en la implementación de



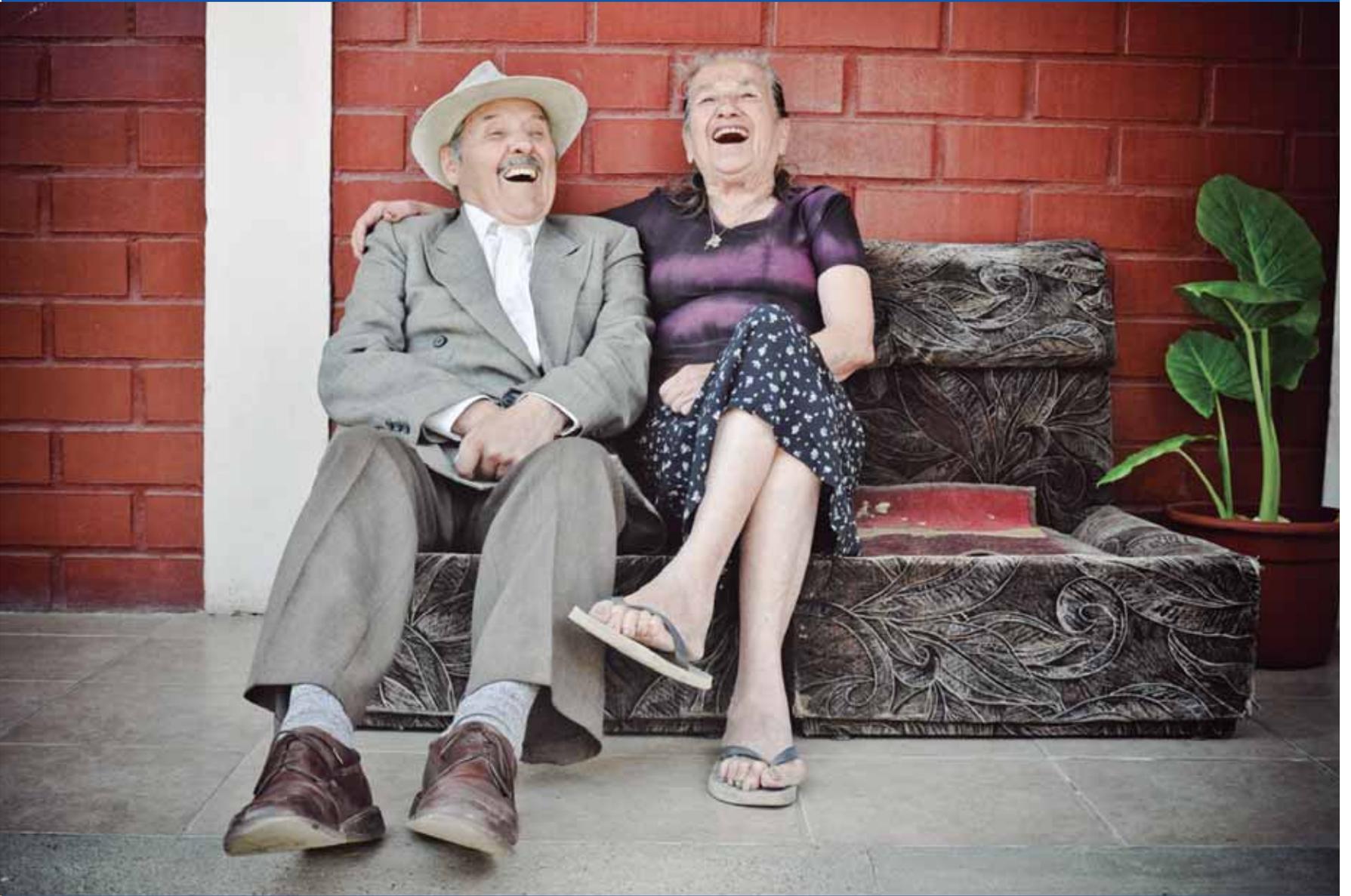
las políticas aquí propuestas para guiar el proceso en todo momento hacia un impacto beneficioso en el bienestar subjetivo y la felicidad, y en la revisión y evaluación de las mismas políticas para estimar y comparar su impacto (ver Figura 24).

**Figura 24. Etapas donde incorporar el bienestar subjetivo y la felicidad a la Política Integral de Envejecimiento**



Fuente: adaptado de New Economic Foundation (NEF) 2011.

Tomando como punto de partida la literatura sobre bienestar subjetivo, discusiones con expertos y herramientas de evaluación de impacto potencial de las políticas públicas en la salud mental utilizadas en Inglaterra, se especuló acerca del efecto esperado de cada objetivo específico en el bienestar subjetivo de las personas mayores. Este ejercicio sugiere que todos los objetivos específicos propuestos podrían incrementar el bienestar subjetivo de las personas mayores, pero la magnitud esperada del efecto es baja o muy baja. Solamente los objetivos específicos relacionados a cuidados y maltrato podrían alcanzar un efecto de magnitud moderada.



# PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

---



Este capítulo se organiza en torno a cada uno de los 13 objetivos específicos mencionados en el capítulo anterior. Cada uno de ellos cuenta con una o más Metas de Envejecimiento Positivo que permiten evaluar el grado de avance y cumplimiento del objetivo (ver Figura 1). La definición de Metas de Envejecimiento Positivo va acompañada de la definición de un plan de implementación para alcanzarlas. El plan considera tanto acciones de corto plazo (2012-2014) como propuestas de acciones de mediano (2015-2019) y largo plazo (2020-2025).

Es fundamental comprender que, para que la política sea exitosa, no bastará con cumplir las acciones concretas de corto plazo, sino que también será necesario seleccionar, complementar e implementar las propuestas de acciones de mediano y largo plazo. Estas últimas deberán ser ajustadas periódicamente según el estado de avance de la Política y necesidades emergentes. El ideal sería introducir modificaciones cada año, basadas en nueva información y evidencia obtenida de la evaluación de la política.

El Ministerio de Desarrollo Social y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, pueden cumplir un rol fundamental en la coordinación y monitoreo de la implementación de las acciones y el cumplimiento de las Metas de Envejecimiento Positivo. Si bien el cumplir cabalmente con éstas es un compromiso a nivel país, el cumplimiento de las acciones de corto plazo y de las propuestas de acciones de mediano y largo plazo es de responsabilidad última del encargado específico que es claramente identificado en el plan de implementación descrito más abajo.

En síntesis, la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile es un marco de acción con orientaciones que hemos llamado objetivos generales y específicos. Además cuenta con acciones concretas para el corto plazo (2012-2014) y propuestas de acciones para el mediano (2015-2019) y largo plazo (2020-2025). Hablando en sentido metafórico, la política intenta dejar el camino trazado desde el presente al 2025, pero pavimentado hasta 2014, de tal forma que sea posible introducir modificaciones y mejoras en el futuro.

## Salud y cuidados

**Objetivo específico 1. Mejorar la oferta, calidad y eficiencia, tanto de los servicios de cuidado como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas mayores.**

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>1.1. Todos los establecimientos de la Red Asistencial de Salud operan con un Modelo de Cuidado Integral para las personas mayores.</b>	No Disponible	50% estable	100% estable	100% estable
<b>1.2. Todas las comunas cuentan con servicios estatales de cuidado sociosanitario y atención de la demencia.</b>	ND	80 comunas	214 comunas	345 comunas



## Acciones de corto plazo (2012-2014)

**1.1 Acción:** A partir de 2013 se instala progresivamente un Modelo de Cuidado Integral para las personas mayores, en todos los niveles de la Red Asistencial.

**Encargado:** Ministerio de Salud.

**Antecedentes:** La Atención Integral del Adulto Mayor, se inserta en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud. Consiste en identificar los distintos grados de dependencia y pérdida de facultades cognitivas que afectan a las personas mayores, para definir las intervenciones de salud que permitan promover la autovalencia, potenciar la mantención de la autonomía y moderar el avance de la pérdida de capacidad funcional.

La Atención Integral la llevará a cabo un equipo de profesionales de la salud multifuncional, con competencias en cuidado de las personas mayores, el cual tiene por función la evaluación de la condición de dependencia, preparación del plan de intervenciones, ejecución de las intervenciones de rehabilitación, el acompañamiento del paciente en su tratamiento general y en el alta oportuna.

**Población potencial:** Todos los establecimientos de la Red Asistencial de Salud.

**Población objetivo:** 20% en 2013; 20% adicional en 2014 (10% adicionales en años sucesivos hasta 2020).

**1.2 Acción:** A partir de 2013 se instala un plan de atención de salud para las personas mayores con demencia.

**Encargado:** Ministerio de Salud.

**Antecedentes:** El Plan de Demencia comprende la identificación, a nivel de la atención primaria, del grado de deterioro de capacidad cognitiva, estableciendo si éste es leve, leve con riesgo de demencia o demencia (leve, moderada y severa), para dar curso a intervenciones apuntadas a prevenir, recuperar o moderar el avance del deterioro cognitivo por medio de los talleres ideados para este fin. En los casos avanzados e irrecuperables, fortalecer los mecanismos de apoyo a familiares y cuidadores, a través de talleres para cada grupo.

**Población potencial:** Personas mayores de 65 años, con deterioro cognitivo leve y demencia.

**Población objetivo:** 20% en 2013; 20% adicional en 2014 (10% adicionales en años sucesivos hasta 2020).

**1.3 Acción:** A partir de 2013 se desarrollará y fortalecerá un plan de prevención de la discapacidad y de rehabilitación para las personas mayores con dependencia física potencialmente reversible.

**Encargado:** Ministerio de Salud.



**Antecedentes:** El Plan de Rehabilitación (Dependencia) aborda los diversos procesos apuntados a prevenir, recuperar, o al menos, moderar la disminución de la capacidad motora de la persona mayor. Esto comprende intervenciones centradas en la misma Atención Primaria de Salud (APS), en los centros de rehabilitación con base comunitaria, en interacción con organismos del extra sistema (comunidad, municipalidad, ONGs.), y se extiende hasta la atención secundaria y terciaria. Cuando lo amerita, la persona es derivada desde la APS hasta la atención secundaria, ya sea para su tratamiento por enfermedad común, como cuando se requiere precisar el diagnóstico del grado de dependencia que presenta, luego de lo cual se procede en este nivel a establecer su plan de intervenciones, que puede o no incluir atenciones a nivel terciario. El grupo de profesionales con competencias en cuidado del adulto mayor efectúa la rehabilitación del caso, el seguimiento de la persona mayor en la ejecución de su plan de intervención, contribuyendo así a optimizar el proceso de atención y asegurar el alta oportuna, ya sea para continuar con el plan a nivel secundario o retornar al nivel primario.

**Población potencial:** Personas mayores de 65 años, con algún grado de dependencia.

**Población objetivo:** 20% en 2013; 20% adicional en 2014; 10% adicionales en años sucesivos hasta 2020.

**1.4 Acción:** A partir de 2012 se amplía la cobertura del Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM).

**Encargado:** Ministerio de Salud.

**Antecedentes:** El EMPAM es el eje central del quehacer preventivo en atención primaria, ya que permite diagnosticar precozmente los factores de riesgo asociados a la pérdida de funcionalidad y generar acciones de intervención.

**Población potencial:** Personas mayores de 65 años.

**Población objetivo:** 50% como base, que aumenta a 70% al 2014.

**1.5 Acción:** En 2012 entran en operación 12 de los 14 Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) construidos por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo para SENAMA.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

<p><b>Antecedentes:</b> El Servicio Nacional del Adulto Mayor, en el marco del convenio de SENAMA–Ministerio de Vivienda y Urbanismo, construye 14 Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) para asistir a las personas mayores que tengan más de 60 años; cuenten con la Ficha de Protección Social; pertenezcan al quintil I, II y III, de acuerdo al puntaje de Carencia Habitacional; presenten carencia de redes socio familiares de apoyo, acreditada a través del Informe Social respectivo; presenten necesidad habitacional y/o de apoyo y cuidados, acreditada a través del informe social respectivo; no tengan enfermedad física o mental que requiera atención imprescindible en un establecimiento hospitalario, lo que se acreditará con un certificado médico; presenten algún grado de dependencia, de acuerdo a la evaluación funcional realizada por SENAMA; y cuente con un titular responsable y consienta informadamente su ingreso. Los Establecimientos de Larga Estadía tienen cuatro objetivos: (1) ofrecer un hábitat seguro, accesible, orientado y adaptado a las necesidades de los residentes, en un ambiente confortable, garantizando el pleno respeto a sus derechos; (2) facilitar la integración y la convivencia, favoreciendo la interrelación con el entorno, respetando la intimidad y privacidad individual; (3) mejorar la calidad de vida de las personas residentes y su bienestar, a través de una atención integral, especializada y personalizada; (4) promover su autonomía y prevenir, mantener, recuperar sus capacidades funcionales, evitando o retardando su dependencia y estimulando su normalización; y (5) favorecer la integración social de los residentes, promoviendo su participación y vinculación con la comunidad en la que el centro se encuentra inserto. Esta medida responde a la gran demanda de ELEAM, la cual no puede ser satisfecha en su totalidad ni por los privados ni por las fundaciones. Lo ideal es que los “potenciales” beneficiarios de un ELEAM sean cuidados en su casa, pero en caso extremo, dados los requisitos anteriores, el Estado les facilitará estos establecimientos de cuidado.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 11.015 personas mayores dependientes severos sin red, del quintil I y II que no estén institucionalizados.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> 528 personas mayores beneficiarias en los 10 ELEAM en 2012 y 688 personas mayores beneficiarias en los 14 ELEAM en 2013.</p>
<p><b>1.6 Acción:</b> A partir de 2013 se implementa un programa Estatal de Cuidados Domiciliarios siguiendo el modelo del plan piloto 2012.</p>
<p><b>Encargado:</b> Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.</p>
<p><b>Antecedentes:</b> Existe un programa piloto de cuidadoras, jefas de hogar capacitadas, para atender personas mayores mediante visitas a domicilio. Esta acción supone, además del beneficio para las personas mayores atendidas, un aumento en la empleabilidad de las jefas de hogar. Actualmente existe un plan piloto en 3 comunas con 600 personas mayores.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 293.469 personas mayores sin red con dependencia moderada y severa, que pertenezcan al I y II quintil.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> 2.400 personas mayores.</p>
<p><b>1.7 Acción:</b> A partir de 2013 se implementan seis Centros Diurnos Estatales piloto con enfoque en prevención.</p>
<p><b>Encargado:</b> Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.</p>



<p><b>Antecedentes:</b> Se propone comenzar con seis centros piloto, implementando a mediano plazo un Centro Diurno por región para, finalmente, llegar a uno por comuna en el largo plazo. Los Centros Diurnos son espacios para mayores que en el día necesitan cuidados. Están destinados a la atención de personas mayores autovalentes y en situación de dependencia leve, de manera de contar con un apoyo social suficiente que permita su permanencia en el hogar y de espacios de relación con otros que fomenten su autonomía e independencia.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 1.480.770 personas mayores autovalentes y con dependencia leve pertenecientes a los primeros cuatro quintiles de ingreso del país.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> 1.200 personas mayores beneficiarias de los seis centros diurnos piloto en 2012.</p>
<p><b>1.8 Acción:</b> A partir de 2013 se propone crear un Fondo Concursable destinado a los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) para acceder a un aporte estatal por persona mayor residente</p>
<p><b>Encargado:</b> Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.</p>
<p><b>Antecedentes:</b> En la actualidad las instituciones sin fines de lucro tienen dificultades financieras para la operación de ELEAM debido al elevado costo. Se propone que el Estado implemente un fondo para colaborar en el cuidado de las personas mayores institucionalizadas.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 14.169 personas mayores institucionalizadas en ELEAMs.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> 6.000 personas mayores institucionalizadas en ELEAMs en 2013.</p>
<p><b>1.9 Acción:</b> A partir de 2012 se realiza un catastro de ELEAMs en 14 regiones del país, correspondiente a la primera etapa para definir un sistema de homologación que considere elementos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y complejidad de atención en los ELEAMs.</p>
<p><b>Encargado:</b> Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.</p>
<p><b>Antecedentes:</b> SENAMA propone generar un sistema adecuado de homologación de ELEAM con el objetivo de entregar a los usuarios de estos, a través de un sistema de clasificación, información acerca de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y complejidad en la atención.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 750 ELEAM autorizados por el Ministerio de Salud.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> 750 ELEAM autorizados por el Ministerio de Salud.</p>

### Propuestas de acciones de mediano plazo (2015-2019)

- Las primeras cuatro acciones de corto plazo a cargo del Ministerio de Salud corresponden a un plan que se implementa a un ritmo de 20% en 2013, 20% adicional en 2014 (llegando a 40%). Estos porcentajes de progresión no se refieren sólo al recurso financiero, sino que, además, a recursos humanos, materiales e implementación que se requerirán, y las equivalentes coberturas poblacionales. Una vez completado 40% del plan de cuidado integral de las personas mayores, se propone avanzar hasta lograr 100% del cumplimiento de este plan, a razón de 10% anual adicional.

- Desarrollar una estrategia de control y seguimiento en los servicios de cuidados, que acompañado de un sistema de registro electrónico, permita monitorear el cumplimiento del plan de cuidado (desde la mínima intervención necesaria).
- Generar un sistema de registros médicos electrónicos integrados que permita identificar personas mayores “frágiles” y detectar tempranamente enfermedades crónicas.
- Fortalecimiento de la eficiencia del sistema de salud y, en particular, reducción de las listas de espera del Programa Garantías Explícitas de Salud (GES) en atención ambulatoria de especialidad y hospitalaria, en las áreas que competen a este grupo etario.
- Crear un seguro autogestionado a la dependencia.
- ELEAM pertenecientes a SENAMA amplían el perfil de ingreso a personas mayores con Alzheimer y enfermedades demenciantes.
- Creación de un instructivo por parte de la Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH) con el objetivo de que todas las facultades de medicina del país tengan un Internado de Geriatría para sus alumnos.

### Propuestas de acciones de largo plazo (2020–2025)

- Consolidación de las acciones antes propuestas en base al Modelo de Atención Integral en red generado.

## Vida activa y saludable

### Objetivo específico 2. Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores.

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>2.1. La prevalencia en las personas de 60 a 80 años de al menos tres factores protectores para la salud (incluyendo realizar actividad física regular, no fumar y mantener niveles normales de índice de masa corporal, presión arterial, colesterol y glicemia) ha aumentado en 10%.</b>	69% de las personas mayores	71% de las personas mayores	73% de las personas mayores	76% de las personas mayores

### Acciones de corto plazo (2012–2014)

**2.1 Acción:** En 2012 se implementó una estrategia comunicacional focalizada en la promoción de una vida saludable en las personas mayores.

**Encargado:** Ministerio Secretaría General de Gobierno, Programa Elige Vivir Sano.



**Antecedentes:** El Programa Elige Vivir Sano se pone en marcha en marzo de 2011 y deja en evidencia la voluntad del Gobierno de Chile de promover un cambio cultural en la población, generar una dinámica intersectorial y en alianza con el sector privado, multinivel, y que motive a los ciudadanos a elegir informada y libremente aquellos medios y elementos que den a las personas una mejor y larga vida. El Programa Elige Vivir Sano tiene tres objetivos: (1) contribuir a la instalación de prácticas de vida saludable en toda la población; (2) diseñar e implementar una política pública intersectorial que promueva la participación ciudadana, internalice las iniciativas privadas, y se lleve a cabo a nivel nacional, regional y local, para el cambio de hábitos de las personas, a fin de prevenir las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo asociadas a ellas; y (3) aportar al cumplimiento de las Metas 2011-2020 de la Estrategia Nacional de Salud.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores del país.

**2.2 Acción:** A partir de 2012 se reformula el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).

**Encargado:** Ministerio de Salud, Programa de Alimentación del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** El PACAM es un conjunto de actividades de apoyo nutricional preventivo y de recuperación, a través de las cuales se distribuyen alimentos a personas mayores beneficiarias de FONASA, a través de establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) adscritos a él. Los productos que actualmente forman el programa son: Crema Años Dorados y Bebida Láctea Años Dorados.

**Población potencial:** 511.436 personas mayores bajo control en atención primaria.

**Población objetivo:** 381.201 personas mayores.

**2.3 Acción:** A partir de 2012 se implementan anualmente 255 talleres y 85 eventos deportivos para personas mayores autovalentes de las comunas más vulnerables a través del Programa Adulto Mayor en Movimiento.

**Encargado:** Ministerio Secretaría General de Gobierno, Instituto Nacional de Deportes, Programa Adulto Mayor en Movimiento.

**Antecedentes:** El Instituto Nacional de Deportes no contemplaba un programa específico para mayores. Se implementa entonces, a partir de 2012, un programa para personas de 60 años y más, ya que la actividad física es un factor protector clave de la salud y permite paliar deterioros asociados al envejecimiento, lo que se traduce en personas mayores más funcionales, autovalentes, más activas y con mayores niveles de bienestar subjetivo. El deporte retrasa la dependencia.

**Población potencial:** 1.918.913 personas mayores autovalentes del país.

Población objetivo: 13.000 personas mayores.

<b>2.4 Acción:</b> A partir de 2012 se dispondrá, anualmente, de 34 recintos deportivos del Instituto Nacional de Deportes para que grupos organizados de personas mayores puedan realizar sus actividades deportivo-recreativas.
<b>Encargado:</b> Ministerio Secretaría General de Gobierno, Instituto Nacional de Deportes (actual Ministerio del Deporte), Programa Recintos Nuestros.
<b>Antecedentes:</b> El Instituto Nacional de Deportes cuenta y administra recintos propios con el fin de generar espacios de encuentro en la comunidad cercana a las personas mayores. Esta nueva iniciativa permitirá que grupos de personas mayores cuenten con un recinto habilitado, en horarios a convenir, para realizar actividades deportivas y recreativas.
<b>Población potencial:</b> 1.918.913 personas mayores autovalentes del país.
<b>Población objetivo:</b> 106.080 personas mayores.

## Especialistas

**Objetivo específico 3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores.**

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>3.1. Se han formado 10.000 profesionales y técnicos en atención, cuidado y estudio de personas mayores.</b>	No disponible	2.308 personas	6.154 personas	10.000 personas

### Acciones de corto plazo (2012–2014)

**3.1 Acción:** En 2013 se firma un convenio con cinco universidades para dictar cursos especializados en envejecimiento y vejez.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** En la actualidad, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, está generando líneas de trabajo con universidades para incluir en las mallas curriculares de las carreras de pre y postgrado el tema de envejecimiento y vejez. Se ha trabajado con las Universidades Católica, Santo Tomás, San Sebastián, Finis Terrae, Bernardo O'Higgins y Andrés Bello, entre otras.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores del país.



**3.2 Acción:** A partir de 2012 se entregan anualmente 10 becas de medicina geriátrica.

**Encargado:** Ministerio de Salud, Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.

**Antecedentes:** El Ministerio de Salud está impulsando una serie de iniciativas orientadas a resolver los problemas de disponibilidad de especialistas existentes en el país y en el Sistema Público de Salud en particular. Entre las disciplinas de mayor carencia se encuentra la Geriatría, lo que, considerando el envejecimiento acelerado de la población chilena, constituye un desafío crítico para el sector de salud, en el corto y mediano plazo. En este contexto, tanto el Plan Nacional de Salud 2011-2020 como el Plan Cierre de Brechas de Médicos Especialistas, incorporan un conjunto de metas en el ámbito de la Política Integral de Envejecimiento Positivo, como el diseño de un Modelo Integral de Atención de Personas Mayores, que incluye la intervención de equipos de salud multidisciplinarios en atención primaria y el aumento progresivo de la dotación de geriatras en los establecimientos de mayor complejidad. Para lograr estos objetivos, y dado que la formación es una estrategia fundamental, se requiere incrementar el número de médicos interesados en especializarse en Geriatría, por lo que el Ministerio de Salud, junto con la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, dispusieron de 10 becas de Geriatría con financiamiento ministerial, y posterior contratación en establecimientos de la red pública de salud. Para optar a esta especialización se requiere acreditar el reconocimiento como médico internista, además de verificar el cumplimiento de los demás requisitos exigidos por las universidades.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** No aplica.

**3.3 Acción:** A partir de 2013 la enseñanza media técnico-profesional comienza a formar auxiliares en enfermería con mención en Atención de Personas Mayores o en Cuidado de Enfermos.

**Encargado:** Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** Desde 1998 existe un proceso de formación en educación media de Técnicos de Nivel Medio en Atención de Personas Mayores, que no incorporaba la formación como Auxiliar en Enfermería, lo que limitaba el campo laboral de los alumnos. Surge, por tanto, la necesidad de entregar un título con mayores proyecciones laborales, por lo que en 2012, el Ministerio de Educación comienza a trabajar en la malla curricular de este curso. La propuesta es entregar 100 becas de formación en gerontología online a los profesores del curso Auxiliar en Enfermería, con especialidad en la atención de personas mayores para enseñanza media técnico profesional.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores del país.

### Propuestas de acciones de mediano plazo (2015-2019)

- Promover la formación de especialistas en otras áreas de la salud y también en gerontología, desde el área de las ciencias sociales y otras disciplinas.



## Participación

**Objetivo específico 4. Aumentar las oportunidades que tienen las personas mayores para participar en actividades sociales, recreativas y productivas.**

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>4.1. La prevalencia ajustada por edad de personas mayores participando en actividades sociales, recreativas o productivas ha aumentado en 10%.</b>	45% de las personas mayores	46% de las personas mayores	48% de las personas mayores	50% de las personas mayores

### Acciones de corto plazo (2012–2014)

**4.1 Acción:** En 2013 aumenta la cobertura del Programa de Turismo Social de SENAMA a 12.430 personas mayores (equivale a los 11.300 del 2011 + 10% de aumento).

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** El Programa de Turismo Social surge como una política de Estado, orientada a brindar a las personas mayores en situación de dependencia y/o vulnerabilidad, el derecho a la recreación y el turismo; lo que pretende contribuir al mejoramiento de su calidad de vida. El programa tiene por objetivo general fortalecer las redes de apoyo en los espacios propiciados por los viajes y favorecer la recreación de las personas mayores. El Programa de Turismo Social consta de dos componentes: turismo social dirigido a personas mayores que residen en Establecimientos de Larga Estadía y turismo social dirigido a municipalidades, que incluye a los usuarios del Programa Vínculos, a residentes de condominios sociales administrados por el servicio y a otras personas mayores que están en condiciones de vulnerabilidad. Por otra parte, de manera indirecta, con la licitación de los servicios de turismo, se promueve el turismo interno en temporada baja, dinamizando una época estancada en la actividad económica de la micro, pequeña y mediana empresa vinculada al turismo. SENAMA considera que la recreación y el tiempo libre es un derecho de las personas mayores, por lo que el programa posibilita la generación de oportunidades que estimulan el ejercicio del derecho a la participación, abriendo espacios que fomenten y faciliten las relaciones con pares y redes comunitarias, ya que los espacios recreativos facilitan los vínculos sociales. El programa se enfoca en aquellas personas de 60 años y más, que se encuentren en situación de vulnerabilidad, desde una perspectiva física, económica, social y/o cultural; que no tienen la posibilidad de acceder monetariamente al turismo, ya que se orientan en sus necesidades básicas de subsistencia. El programa se ejecuta en las 15 regiones de Chile por medio de empresas turísticas adjudicatarias de la prestación de los servicios turísticos correspondientes. Los viajes duran 1 día. El objetivo es visitar un lugar de interés turístico, al cual la población no tiene acceso.

De acuerdo a la evaluación de los programas de SENAMA, efectuado por la Consultora CCI Ingeniería Económica "Estudio de Opinión para la Evaluación de Programas que Ejecuta SENAMA, período 2010–2011", la edad promedio de los usuarios del programa está en torno a los 73 años. Con respecto al análisis de satisfacción, el CCI (evaluador externo del programa) informa que la oportunidad de viajar para las personas mayores constituye una vivencia significativa en sí misma, más cuando su experiencia en la materia es escasa. Además, la experiencia turística quiebra positivamente su cotidianeidad, permitiendo acceder a espacios urbanos y naturales diferentes, convirtiendo el viaje en una oportunidad de interacción de unos con otros. En este sentido, el grado de satisfacción que los usuarios manifiestan, es un indicador que expresa la valoración que otorgan a los diferentes ejes del viaje, tanto los elementos materiales como los elementos intangibles que la experiencia entrega. Respecto a la satisfacción global con el viaje, 75,7% de los usuarios declara sentirse 'muy satisfecho', en tanto, 22,1% se siente 'satisfecho'. Ambos valores alcanzan la suma de 97,8%, demostrando que casi el total de los usuarios manifiestan un juicio positivo acerca de sus vivencias registradas en el viaje, traduciéndose ello en el alto grado de satisfacción señalado.



**Población potencial:** 568.287 personas mayores vulnerables.

**Población objetivo:** 12.430 personas mayores.

**4.2 Acción:** En 2012 se implementa el Programa Intra-regional Vacaciones Tercera Edad de SERNATUR.

**Encargado:** Ministerio de Economía y Turismo, Servicio Nacional de Turismo

**Antecedentes:** El programa Vacaciones de la Tercera Edad es una iniciativa del Servicio Nacional de Turismo que ha permitido la realización de más de 300.000 viajes, y está destinado a todas las personas mayores, todos los pensionados, jubilados o montepiados. En 2012, se lanzó una nueva versión del Programa denominado Programa Intra-regional Vacaciones Tercera Edad, que permitirá que casi 6.000 personas mayores vulnerables (con FPS) puedan acceder a conocer su región, visitando un destino turístico emergente, a través de paquetes de tres días y dos noches, con todos los servicios incluidos: traslado en bus, alojamiento, alimentación, entretención y excursiones. Los objetivos del programa son: potenciar la ocupación de los servicios turísticos en temporada media y baja y favorecer que las personas mayores accedan a los beneficios físicos, psicológicos y sociales del turismo. Durante 2012 se desarrolló una experiencia piloto en todas las regiones del país que las personas mayores de Chile podrán recorrer, conocer y disfrutar.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 6.000 personas mayores.

**4.3 Acción:** En 2013 se financia un proyecto en la línea de participación, por región, a través del Fondo Nacional del Adulto Mayor, en su componente Ejecutores Intermedios.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** El Fondo Nacional del Adulto Mayor presenta tres componentes. El primero es el Fondo Autogestionado para Organizaciones, el cual promueve la participación social, la autonomía y la autogestión de los mayores, financiando proyectos ideados, formulados y ejecutados por organizaciones de personas mayores de todo el país. El segundo componente está destinado a instituciones intermedias, es decir, a organizaciones que ofrecen servicios para mejorar la calidad de vida y la atención de las personas mayores. El tercer componente son los convenios institucionales, a partir de los cuales, se promueve la generación de servicios a personas mayores. La propuesta es focalizarse en el Fondo Intermedio, pues financia proyectos de gran impacto, dado que son instituciones benéficas en contacto con la realidad local y sirven de experiencia piloto para llevar a cabo programas institucionales de SENAMA.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 5.243 personas mayores.



**4.4 Acción:** En 2013 aumenta la cobertura del Programa Escuela de Dirigentes en 14.000 nuevos participantes.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** El programa está dirigido a promover el desarrollo de dirigentes mayores capacitados para mejorar su gestión y ejercer liderazgos que promuevan la participación de los integrantes de las organizaciones, así como también informar a los mayores que no participan, estimulando su integración social y el ejercicio de una ciudadanía activa. El programa se sustenta en los siguientes principios: las personas mayores son sujetos de derechos, especialmente el de tener una vejez activa, ser protagonistas de su propio envejecimiento y en la sociedad; necesitan información sobre las políticas y programas, sobre el contexto nacional y regional en que se implementan; necesitan ser escuchados, plantear sus necesidades y problemas, proponer iniciativas y soluciones; mantener redes, (desde la familia, la comunidad, grupos de interés) y agruparse. En esta etapa de la vida en que hay cambios de identidad, se vive una crisis, existe el riesgo de la soledad; los nexos, la participación, son necesarios porque la salud es física, psicológica y social, tres componentes entrelazados. Participar permite desarrollar una vejez activa, productiva, protagónica socialmente. SENAMA propone un aumento de presupuesto para fortalecer la capacidad dirigente de los nuevos consejos asesores regionales de mayores. Asimismo contratar los servicios de profesionales en salud, prevención, vida sana, computación, para desarrollar capacitaciones especializadas y responder a las necesidades específicas de los mayores.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 14.000 personas mayores.

**4.5 Acción:** El 2013 el Programa Asesores Seniors alcanza una cobertura de 350 voluntarios.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** El Programa Asesores Seniors surge como experiencia piloto, y durante 2004 comienza a ejecutarse formalmente, a través de la coordinación entre el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social, FOSIS, con el fin de propiciar acciones conjuntas destinadas a niños y niñas de familias del Programa Puente y a personas mayores interesadas en continuar entregando su experiencia. Esta alianza se formaliza mediante un convenio de colaboración entre ambas instituciones, donde FOSIS, hasta la fecha, financia el programa y SENAMA diseña, planifica, ejecuta y evalúa la ejecución del mismo (con apoyo de FOSIS y municipios) con muy buenos resultados.

**Población potencial:** 79.346 personas mayores.

**Población objetivo:** 350 personas mayores.

**4.6 Acción:** En 2013 opera una Bolsa de Trabajo para las Personas Mayores.

**Encargado:** Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

**Antecedentes:** Se coordina con SEREMI del Trabajo y Previsión Social, Región Metropolitana, la creación de un link en la página web [www.bne.cl](http://www.bne.cl) de trabajo para personas mayores. Esta página web depende directamente del Ministerio del Trabajo y pretende centralizar las ofertas de trabajo. La idea es crear en la misma página un link a una página de fácil manejo, con letra grande, fuerte contraste y con "pasos a seguir" claros, de manera que la persona mayor pueda hacer uso de la bolsa sin mayores problemas.



<b>Población potencial:</b> 2.541.607 personas mayores.
<b>Población objetivo:</b> 2.541.607 personas mayores.
<b>4.7 Acción:</b> En 2013 se implementa el Programa de Voluntariado de Personas Mayores.
<b>Encargado:</b> Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
<b>Antecedentes:</b> Actualmente SENAMA está realizando un piloto de voluntariado de personas mayores que consiste en capacitación a mayores para que cuiden a sus pares. El programa incluye capacitación a cuidadores y estipendio. Se propone establecer como línea programática de SENAMA.
<b>Población potencial:</b> 1.918.913 personas mayores autovalentes.
<b>Población objetivo:</b> 600 personas mayores.
<b>4.8 Acción:</b> En 2012 se insertan puestos de trabajo a través de una bonificación a los empleadores de 50% por parte del Ministerio del Trabajo.
<b>Encargado:</b> Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
<b>Antecedentes:</b> El Programa de Formación de Puestos de Trabajo tiene por objetivo insertar en puestos de trabajo a las personas desocupadas, cesantes, o que buscan trabajo por primera vez. Esto se realizará mediante una bonificación a las empresas y desarrollando competencias en el oficio que realicen, entregando capacitación mediante un subsidio a la capacitación. El trabajador debe cumplir con al menos uno de los siguientes requisitos: (1) cesante, que busca trabajo por primera vez, iniciador e inactivo, potencialmente activo; (2) perteneciente a los quintiles I, II y III; (3) encontrarse desempleado al menos 3 meses; y (4) pertenecer a los rangos etarios correspondientes a jóvenes desocupados de 15 a 24 años, mujeres desocupadas entre 25 y 60 años, hombres desocupados entre 50 y 65 años. Las empresas que acceden a este beneficio y que se ven beneficiadas, son las empresas contribuyentes de 1º categoría y las empresas contribuyentes del artículo 22 de la Ley de Impuesto a la Renta. Opera de la siguiente forma: el empleador postula a uno o más trabajadores, y si cumple los requisitos, obtiene una bonificación por la contratación de 50% del ingreso mínimo mensual durante 5 meses en promedio. Además, obtiene un bono de capacitación para el trabajador, por \$200.000 (US \$374) promedio. Esta capacitación, de carácter obligatorio, puede ser a través de un relator interno o de una OTEC.
<b>Población potencial:</b> Personas mayores entre 50 y 65 años sin trabajo y que quieren trabajar.
<b>Población objetivo:</b> 300 personas mayores.

### Propuestas de acciones de mediano plazo (2015-2019)

- El Diario Oficial publicó una modificación de la Ley Orgánica Constitucional de Votaciones Populares y Escrutinios, N° 18.700, de manera de garantizar medidas de accesibilidad para las personas mayores en las mesas de votación, tomando en cuenta los deterioros funcionales correspondientes a la edad.

- Con el propósito de balancear la participación de base y dirigencia por género, focalizar los financiamientos a organizaciones que trabajen con personas mayores, en aquellas que cuenten con una proporción mayor de hombres a nivel de miembro regular y de mujeres a nivel directivo.
- Aumentar la planta de funcionarios de SENAMA para crear Direcciones Regionales y apoyar la elaboración de planes regionales o provinciales de envejecimiento positivo.

### Propuestas de acciones de largo plazo (2020–2025)

- Promover la participación laboral de las personas mayores. Para esto se debe estimular la demanda mediante: beneficios tributarios para las empresas que mantengan una proporción mínima de trabajadores mayores, leyes que penalicen la discriminación por edad y la jubilación forzada por el empleador, y campañas comunicacionales masivas que posicionen las virtudes y desmitifiquen los defectos de los trabajadores mayores. También se puede estimular la oferta mediante educación continua de las personas mayores y el pago de pensiones parciales que permitan reducir las horas de trabajo y recibir hasta 50% del salario que se deja de percibir.

## Educación y capacitación

### Objetivo específico 5. Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las personas mayores.

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>5.1. La proporción de personas mayores con educación básica completa han aumentado en 15%.</b>	58% de las personas mayores	60% de las personas mayores	63% de las personas mayores	67% de las personas mayores
<b>5.2. La proporción de personas entre 60 y 70 años que está recibiendo capacitación laboral ha aumentado en 20%.</b>	2 por mil personas mayores	7 por mil personas mayores	16 por mil personas mayores	24 por mil personas mayores

### Acciones de corto plazo (2012–2014)

**5.1 Acción:** En 2013 organizaciones de personas mayores implementan programas para que personas mayores completen sus estudios en modalidad flexible.

**Encargado:** Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.



**Antecedentes:** El Ministerio de Educación posee actualmente para la educación de personas dos modalidades: la flexible y la regular, pero ninguna se ha focalizado específicamente en la persona mayor, de hecho, el foco del programa son los jóvenes. Uno de los propósitos de la Educación de Adultos es contribuir al mejoramiento de las oportunidades de progreso de las personas y al desarrollo cultural, social y productivo del país. Dentro de sus principales desafíos está el aumento de los niveles de alfabetización, escolaridad y capacitación de la población, especialmente, la perteneciente a los sectores más vulnerables. Estos servicios son licitados a entidades que ejecutan el programa con el cumplimiento de ciertos requisitos y bases de licitación. Los postulantes a las licitaciones proponen los cupos y detalles de los servicios que entregarán. Ha surgido la idea de preparar a organizaciones de personas mayores con identidad jurídica, para cumplir con los requisitos de licitación y así poder postular. De manera que si son elegidos, puedan realizar cursos dirigidos especialmente a personas mayores, con el apoyo económico y logístico del Ministerio de Educación. La Educación de Adultos que realiza el Ministerio de Educación, Modalidad Flexible, está destinada a personas jóvenes y adultas sin escolaridad o con escolaridad incompleta, permitiéndoles avanzar en sus niveles educativos, a través de un programa educacional que se adapta a sus disponibilidades de tiempo, procurando hacerlo compatible con sus obligaciones laborales y familiares. La Modalidad Flexible de Nivelación de Estudios se rige por los planes y programas establecidos mediante el Decreto Supremo de Educación N° 211 /2009. Esta modalidad es flexible en cuanto a horarios, frecuencia y duración de los cursos, adaptándose a las necesidades y condiciones de vida de las personas adultas. Es flexible por las estrategias pedagógicas utilizadas, las que consideran los conocimientos previos y ritmos de aprendizaje de las personas adultas. Es flexible porque los alumnos se evalúan a través del Sistema de Evaluación y Certificación de Estudios, pudiendo rendir sus exámenes hasta en tres oportunidades. Las personas que reprobaban uno o más niveles de aprendizaje, tienen una segunda y una tercera oportunidad para examinarse. La Educación de Adultos, Modalidad Regular, permite iniciar o completar la educación básica en 3 años y la educación media humanístico-científica, en 2 años. Se ofrece en establecimientos educacionales denominados Centros de Educación Integral de Adultos (CEIA) que funcionan durante el día y en escuelas y liceos ubicados en todo el país, en jornada vespertina. Además, la Educación de Adultos, Modalidad Regular, ofrece cursar la educación media técnico-profesional que permite obtener un título técnico de nivel medio, en 3 años. La propuesta contempla entonces una preparación de las organizaciones de personas mayores para ser ejecutores del programa en modalidad flexible.

**Población potencial:** 1.914.217 personas mayores sin educación escolar completa.

**Población objetivo:** 1.600 personas mayores.

**5.2 Acción:** En 2013 SERNAM implementa el Programa de Capacitación Laboral para Mujeres Mayores.

**Encargado:** Servicio Nacional de la Mujer.

<p><b>Antecedentes:</b> Hasta hoy ninguno de los programas ofrecidos por SERNAM estaba enfocado en las mujeres mayores, incluso algunos de ellos tienen tope de edad en los 60 años. Dado que SERNAM tiene por objetivo general: "Contribuir a la visibilización y aumento del emprendimiento femenino, generando redes y alianzas que fortalezcan y desarrollen las capacidades emprendedoras de las mujeres", ha surgido la idea de crear un programa específico para las mujeres adultas mayores, a través de la realización de 15 Escuelas de Emprendimiento regionales para fortalecer las iniciativas de 450 adultas mayores que requieran capacitación en administración y gestión de negocios. Su objetivo general es entregar herramientas a mujeres adultas mayores para desarrollar emprendimientos y aumentar la capacidad de generar ingresos. Sus objetivos específicos incluyen: entregar conocimientos y herramientas de gestión de empresas que les permitirán conducir su negocio de una manera profesional y rentable; elaborar un plan de negocio; entregar conocimientos con respecto a iniciación de actividades e instrumentos de fomento; mejorar las posibilidades de conciliación familia y trabajo de las mujeres por medio de estrategias; autovaloración y autoestima. Los requisitos para las emprendedoras incluyen: mujeres mayores de 60 años que fueron laboralmente activas en el período inmediatamente anterior a la jubilación; realizan servicios o elaboran productos sin comercialización formal; cuentan con motivación para emprender un negocio; con necesidad de capacitación en administración y gestión de negocios; educación básica completa; sin participación en programas de emprendimiento SERNAM 2010-2011; pertenecientes al quintil I, II y III. Diseño del Programa: capacitación de 20 horas en educación en negocios para emprendedoras que considera curso de gestión y administración y una gira de negocios de 4 horas.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 912.656 mujeres mayores de los quintiles I, II y III.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> 450 mujeres mayores emprendedoras.</p>
<p><b>5.3 Acción:</b> En 2012 se implementan tres cursos de capacitación laboral para personas mayores (Manipulación de Alimentos, Aseo Industrial, Sanitario y Doméstico; Microemprendimiento).</p>
<p><b>Encargado:</b> Ministerio del Trabajo, Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.</p>
<p><b>Antecedentes:</b> La coordinación entre SENCE y SENAMA implementó tres cursos de capacitación (Manipulación de Alimentos; Servicios de Aseo Industrial, Sanitario y Doméstico; Microemprendimiento) y realizó seis cursos más durante 2012 en oficios como soldadura y gasfitería, alfabetización digital y atención al cliente, para lo cual SENCE dispuso el dinero adicional. Estos cursos serán dirigidos a personas mayores de 59 años y menores de 66 años, hombres y mujeres pertenecientes a los quintiles I y II según la Ficha de Protección Social (FPS). Los cursos contarán con una subvención en movilización de \$1.500 y otra en alimentación de \$1.500, y en los casos que corresponda, una subvención para acceder a materiales de trabajo. La elección de los cursos se ha realizado con base a las experiencias de trabajo de los distintos programas que implementa el Servicio y de algunos agentes privados que se han posicionado en estos temas.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 1.071.805 personas mayores pertenecientes a los quintiles I y II.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> 60 personas mayores.</p>
<p><b>5.4 Acción:</b> En 2013 se imparte Curso de alfabetización Digital para Personas Mayores a través del Programa Biblioredes.</p>
<p><b>Encargado:</b> Ministerio de Educación, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (DIBAM), Programa Biblioredes.</p>



**Antecedentes:** El Programa Biblioredes nace en noviembre de 2002, con el objetivo de transformar a las personas en agentes de desarrollo cultural y social desde las bibliotecas públicas y el ciberespacio y, así, superar el aislamiento gracias a internet y las nuevas tecnologías digitales. Está presente en 412 bibliotecas públicas y 18 laboratorios regionales a lo largo de Chile, desde Visviri a Puerto Williams, incluyendo los territorios insulares. El Programa cuenta con software de última generación, con acceso a Internet y ofrece capacitación gratuita en contenidos y desarrollo digitales. Si bien acceden a este programa personas mayores (14% del total de beneficiarios), se propone generar alianzas para una mayor difusión y así aumentar el acceso de los mayores a la alfabetización digital.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 9.512 personas mayores.

## Seguridad económica

### Objetivo específico 6. Proteger la seguridad económica de las personas mayores.

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>6.1. El porcentaje de personas mayores fuera de la línea de pobreza se ha mantenido sobre 90%.</b>	91% de las personas mayores	90% de las personas mayores	90% de las personas mayores	90% de las personas mayores

#### Acciones de corto plazo (2012-2014)

**6.1 Acción:** En diciembre de 2012 se redujo la cotización para salud del 7% al 5% de los pensionados mayores de 65 años, cuyo grupo familiar pertenezca al 80% más pobre de la población, de acuerdo a lo establecido en la Ley 20.531. Lo anterior se suma a la eliminación total de cotización para salud que se implementó en noviembre del 2011, para todos los pensionados del sistema de pensiones solidarias.

**Encargado:** Ministerio del Trabajo y Previsión Social. El Instituto de Previsión Social será la institución encargada de identificar a los beneficiarios de esta rebaja e informar de ello a las entidades pagadoras de pensión.

**Antecedentes:** Tienen derecho a la eliminación de la cotización de salud (7%): los beneficiarios de Pensión Básica Solidaria de Vejez e Invalidez; beneficiarios de Aporte Previsional Solidario, tanto de Vejez como de Invalidez.

A partir de diciembre de 2012 se aplicó una rebaja del 7% al 5% en la cotización de salud a aquellas personas que sean mayores de 65 años, acrediten tener residencia en el territorio chileno por un lapso de 20 años, continuos o discontinuos, contados desde los 20 años de edad y, además, haber residido en Chile al menos 4 años en los últimos 5 años anteriores a la solicitud, pertenezcan a un grupo familiar del 80% de la población con menores ingresos, y sean pensionados de los regímenes previsionales administrados por el IPS, AFPs, Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales o Ley de Exonerados Políticos.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 1.044.311 personas mayores para 2012.

## Propuestas de acciones de largo plazo (2020–2025)

- Fomentar el desarrollo de medidas de pobreza adecuadas para las personas mayores.

## Vivienda y transporte

### Objetivo específico 7. Adecuar viviendas, medios de transporte y ciudades para las personas mayores.

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>7.1. El promedio regional de viviendas construidas, ampliadas, o adecuadas para mayores se ha duplicado.</b>	198 viviendas promedio por región	244 viviendas en promedio por región	320 viviendas en promedio por región	396 viviendas en promedio por región
<b>7.2. Todos los servicios Estatales de Transporte en Zonas Aisladas operan con tarifa diferenciada para personas mayores (50% de la tarifa adultos).</b>	No Disponible	100% de los servicios estatales	100% de los servicios estatales	100% de los servicios estatales

### Acciones de corto plazo (2012–2014)

**7.1 Acción:** En 2012 se aumenta en 400 los cupos para Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT).

**Encargado:** Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** El Servicio Nacional del Adulto Mayor, dentro de los programas relativos a las viviendas para personas mayores, posee una línea especial: los Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT) que se entregan en comodato. Este programa consiste en una serie de 30, 20 o 15 viviendas construidas por el SERVIU en un terreno proporcionado por la municipalidad. Las viviendas se entregan equipadas y son administradas por SENAMA. Además cuentan con un monitor quien se encarga de implementar el plan social a desarrollar en cada condominio, coordinado por SENAMA.

**Población potencial:** 1.638 personas mayores sin hogar.

**Población objetivo:** 400 personas mayores.

**7.2 Acción:** En 2012 se aprueba el Decreto Supremo 49 que incorpora en su Artículo 7 de "Subsidios Complementarios" el Subsidio de Grupo Familiar.

**Encargado:** Ministerio de Vivienda y Urbanismo.



<p><b>Antecedentes:</b> Subsidio de Grupo Familiar: En proyectos de construcción, cuando se trate de postulaciones en que el grupo familiar se encuentre compuesto por 5 o más miembros, o por 4, si tienen entre ellos a una persona mayor, según conste en la declaración de núcleo presentada al momento de la postulación, dicho postulante recibirá un subsidio adicional de hasta 70 UF. Para aplicar este incremento, la vivienda objeto de este subsidio deberá contar con a lo menos tres dormitorios conformados de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Espacios y Usos Mínimos para el Mobiliario a que hace referencia el Artículo 42 de este reglamento, respecto del dormitorio principal, segundo dormitorio y dormitorio construido adicional, y con una superficie edificada mínima de 50 metros cuadrados construidos. Tratándose de viviendas que se encuentren con recepción definitiva de obras al momento de la adscripción, no será obligatoria la aplicación de este subsidio adicional ni sus exigencias de mayor superficie.</p>
<p><b>Población potencial:</b> 1.667.293 personas mayores.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> No hay registros.</p>
<p><b>7.3 Acción:</b> En 2012 operan servicios Estatales de Transporte en Zonas Aisladas con tarifa diferenciada para personas mayores.</p>
<p><b>Encargado:</b> Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones.</p>
<p><b>Antecedentes:</b> El Ministerio de Transportes cuenta con dos tipos de servicios para zonas aisladas del país: buses que pueden ser ocupados por cualquier ciudadano y buses dedicados exclusivamente a escolares. En el contexto de la Política Integral de Envejecimiento Positivo, el Ministerio de Transportes propone que todos los servicios de Transporte Estatal de Zonas Aisladas contemplen tarifa diferenciada para personas mayores.</p>
<p><b>Población potencial:</b> No hay registros.</p>
<p><b>Población objetivo:</b> No hay registros.</p>

### Propuestas de acciones de mediano plazo (2015-2019)

- Crear beneficios tributarios para las organizaciones que acondicionen sus edificios para personas mayores.
- Generar un subsidio especial para las personas mayores que arrienden primeros pisos preparados para personas mayores.
- Modifica el reglamento de fiscalización (Decreto N°14) de los Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores para que establezca la contratación de personal con educación media completa y homologue las condiciones básicas de vivienda y salubridad.
- Modificación del Programa de Protección del Patrimonio Familiar, con el objetivo de dar soluciones específicas a grupos con mayor vulnerabilidad social como las personas mayores y discapacitados, mediante la implementación de obras acordes a sus requerimientos específicos.
- Capacitar a los conductores de micros y taxistas de las regiones con más alta concentración de personas mayores acerca de cómo transportarlas y tratarlas.
- Se implementan buses de acercamiento a establecimientos de salud en las comunas más pobres.



## Propuestas de acciones de largo plazo (2020-2025)

- Existencia de un reglamento sobre el mantenimiento mínimo de los pavimentos urbanos y la construcción de veredas con rampa adecuada.
- Existe una plaza inclusiva para las personas mayores en cada comuna donde los mayores representan el 20% o más de la población comunal total.
- Construcción de bandejones centrales en calles grandes con semáforos no optimizados para que las personas mayores tengan el tiempo adecuado para alcanzar a cruzar la calle.

## Maltrato

### Objetivo específico 8. Disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra personas mayores.

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>8.1. La prevalencia del maltrato activo o pasivo contra las personas mayores ha disminuido a la mitad.</b>	30% de las personas mayores	27% de las personas mayores	21% de las personas mayores	15% de las personas mayores

### Acciones de corto plazo (2012-2014)

**8.1 Acción:** A partir de 2012 se dictan anualmente 173 Talleres de Estrategias de Autoprotección en Prevención del Delito dirigidos a personas mayores, ejecutados en 76 comunas del país. Se espera llegar a 3.560 participantes en los talleres impartidos.

**Encargado:** Ministerio del Interior, Subsecretaría de Prevención del Delito, Programa de Apoyo a Víctimas.



**Antecedentes:** El Programa de Apoyo a Víctimas y Prevención de Delito en Adultos Mayores tiene como propósito brindar una oferta programática de tratamiento especializado psico-socio-jurídico en materia de delito violento; desarrollar una línea de trabajo en materia de prevención del delito con foco comunitario y proporcionar estrategias y pautas concretas de autoprotección, dirigidas al fortalecimiento de las herramientas personales y sociales en la prevención del delito. Esta oferta de proyectos innovadores en materia de asistencia a víctimas de delitos violentos será ejecutada a través de Centros de Asistencia a Víctimas de Delitos Violentos a lo largo del país. A la fecha existen 34 centros en diferentes ciudades a lo largo del país. Las actividades territoriales que se ejecutarán durante 2012 de abril a diciembre, incorporan el desarrollo de acciones de tipo comunitarias en materia de prevención del delito en población adulto mayor a través de los Centros de Apoyo a Víctimas (CAVD). La Subsecretaría de Prevención del Delito, Programa de Apoyo a las Víctimas, justifica a nivel internacional la necesidad de programas de prevención de delitos destinadas a las personas mayores, señalando que la Oficina de Víctimas del Crimen (en adelante OVC) de los Estados Unidos, plantea una serie de consideraciones para brindar una primera respuesta de ayuda respecto de los riesgos asociados a este grupo etario frente a las consecuencias de un delito: (1) las víctimas de edad avanzada tienen dos veces más probabilidades de sufrir lesiones físicas graves y de requerir hospitalizaciones; (2) el proceso fisiológico del envejecimiento trae como consecuencia una menor capacidad de sanar después de una lesión, tanto del punto de vista físico como mental, pudiendo las víctimas de edad avanzada no recuperarse completamente del trauma; y (3) los temas financieros asociados a consecuencias de un delito son difíciles de enfrentar por las víctimas, ya que por lo general presentan un ingreso bajo o insuficiente para pagar servicios profesionales y los productos que podrían ayudar a sobrellevar los efectos del delito. En materia de seguridad pública nuestro país aún tiene un desafío pendiente, ya que según registros de Carabineros de Chile, durante el 2010, 174.555 personas fueron víctimas de un delito de mayor connotación social (DMCS), de los cuales 4.117 corresponden a personas de 60 y más años, lo que representa el 2,4% del total de víctimas. Esta cifra ha ido en aumento desde 2009, año en que se presentaron 4.005 delitos a personas mayores. A partir de 2012 se dictan anualmente 173 Talleres de Estrategias de Autoprotección en Prevención del Delito dirigido a personas mayores, ejecutados en 76 comunas del país. Se espera llegar a 3.560 participantes en los talleres impartidos.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 3.560 personas mayores.

**8.2 Acción:** En 2012 se publica estudio con cifras actualizadas sobre Maltrato contra Personas Mayores en la Región de Valparaíso.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** La Unidad de Estudios de la División de Planificación y Desarrollo del Servicio Nacional del Adulto Mayor efectuó un estudio sobre Maltrato contra Personas mayores en la Región de Valparaíso.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 273.611 personas mayores de la Región de Valparaíso.



**8.3 Acción:** En 2013 se publica estudio con cifras actualizadas sobre Maltrato Contra Personas Mayores en la Región Metropolitana.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** La Unidad de Estudios de la División de Planificación y Desarrollo del Servicio Nacional de Adulto Mayor licitará este proyecto en 2012.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 1.043.114 personas mayores de la Región Metropolitana.

**8.4 Acción:** A partir de 2012 opera el Programa Contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** El objetivo general del programa es contribuir a la promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención, detección y atención del maltrato que afecta a dicho grupo etario. Los objetivos específicos son: promover la generación de conocimientos en torno al maltrato y abuso; desarrollar estrategias de prevención y difusión en relación al abuso y maltrato; ejecutar acciones de atención social integral de casos de maltrato; brindar asesoría legal y facilitar el acceso expedito a la justicia en casos de maltrato. El Programa Contra el Maltrato y el Abuso al Adulto Mayor se ejecuta en dos líneas de trabajo: por un lado, la prevención y sensibilización, y por otro lado la atención y protección jurídica de las personas mayores que son víctimas de situaciones de maltrato. El programa atiende a todas aquellas personas mayores residentes en el territorio nacional que se acerquen a las Coordinaciones Regionales de SENAMA, y que estén expuestas a alguna situación de violencia, abuso o maltrato, en cualquiera de las manifestaciones del fenómeno, ya sea violencia intrafamiliar, abandono, negligencia, violencia sexual, patrimonial u otro. Los requerimientos por atención podrán ser presentados a SENAMA por las propias personas mayores, familiares, vecinos, organizaciones comunitarias, instituciones públicas o privadas.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 762.482 personas mayores.



**8.5 Acción:** En 2013 el Diario Oficial publica una modificación del Artículo 5º de la Ley de Violencia Intrafamiliar N° 20.066, especificando que la violencia intrafamiliar ocurre no sólo por acción sino que también por omisión u abandono del cuidado.

**Encargado:** Ministerio de Justicia, Servicio Nacional de la Mujer.

**Antecedentes:** La propuesta de modificación de SENAMA se dirige al Artículo 5º de la Ley N° 20.066 que define violencia intrafamiliar como "todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica." Los hechos constitutivos de violencia intrafamiliar, cuando afectan la integridad psíquica (violencia psicológica) pasan a sede familia, es decir, a los tribunales de familia que conocen de violencias o maltratos psicológicos. La problemática consiste en que los tribunales de familia, de acuerdo a la práctica conocida por SENAMA (varios de ellos notifican a SENAMA de las resoluciones que dicten respecto a personas mayores), han sido unánimes en señalar que los hechos basados en negligencia en el cuidado de familiares hacia personas mayores y/o abandono, esto es omisiones, no son actos constitutivos de violencia intrafamiliar. La definición de maltrato a personas mayores es clave en esta problemática: (a) La Organización Mundial de la Salud, OMS, definió maltrato a las personas mayores como: "Acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza" (Declaración de Toronto, 2002). (b) SENAMA lo define como: "Acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza." Las conductas de violencia constitutivas de violencia intrafamiliar pueden manifestarse mediante acciones u omisiones. Las omisiones deben ser consideradas como constitutivas de violencia intrafamiliar, puesto que las personas mayores, y sobre todo, aquellas con grados de dependencia avanzado, requieren de cuidados que sólo pueden ser otorgados por otra u otras personas (cuidador) y si éste deja de realizarlas (darle medicamentos, cambio de pañales y/o posturas en caso de los postrados) le generarán un daño a la persona dependiente, constitutivo de violencia intrafamiliar si los cuidados son brindados por la familia. La propuesta concreta de SENAMA se dirige a las modificaciones que actualmente son estudiadas en SERNAM a la Ley de Violencia intrafamiliar. Se contempla, además, la modificación al Artículo 5, Inciso 1 de la ley N° 20.066, quedando el Artículo 5º Inciso 1º de la Ley N° 20.066 como sigue: "Artículo 5º.- Violencia Intrafamiliar. Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte, a través de acciones u omisiones, la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 762.482 personas mayores.

**8.6 Acción:** En 2012 se crean protocolos de denuncia y derivación para los establecimientos de salud, de cuidado, Carabineros y municipalidades que reciben a una persona mayor maltratada.

**Encargado:** Ministerio de Justicia, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** En la actualidad no existen protocolos para personas mayores maltratadas, a diferencia de lo que existe para los niños cuando llegan a un hospital o cuando hay una denuncia en Carabineros. El maltrato hacia las personas mayores no siempre constituyó foco de atención. De hecho, primero se enfrentó el maltrato infantil o bien el maltrato hacia la mujer. Actualmente, cuando vivimos en un país que está envejeciendo aceleradamente, aumentando la densidad del tramo etario mayor (de 60 años y más), vemos que el número de víctimas de maltrato de personas mayores crece. Esto aumenta la urgencia de crear medidas estándares para enfrentar este tipo de situaciones. Este escenario se ve agravado por las cifras que presenta el país, aún cuando no representan todas las situaciones de maltrato, ya que se denuncia un bajo porcentaje y se aplican muy pocas condenas al respecto (casi no existe jurisprudencia), pues las condenas que existen son por maltrato intrafamiliar y no por maltrato entre no consanguíneos, pues este tipo de maltrato aún no es tipificado como delito. Respecto a la violencia intrafamiliar, podemos encontrar las siguientes cifras entregadas por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública: entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010, se reportó un total de 137.177 casos de delitos de VIF en el país. Respecto del año anterior, los casos policiales han disminuido. No obstante, la cantidad de casos de violencia intrafamiliar contra las personas mayores ha aumentado 3,2%. Se propone la creación de una mesa de trabajo con expertos de Justicia, Carabineros, PDI, Salud, Asociación Chilena de Municipalidades, entre otros, para la generación de un protocolo de denuncia y derivación para los establecimientos de salud, de cuidado, Carabineros y municipalidades cuando reciban a una persona mayor maltratada.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 762.482 personas mayores.

## Acceso a la justicia

**Objetivo específico 9. Aumentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos.**

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>9.1. Las personas mayores tendrán 15 nuevas vías de acceso a la justicia, incluyendo: líneas de atención especializadas en la CAJ y SERNAC, clínicas jurídicas en Universidades y representación legal desde SENAMA.</b>		3 nuevas vías de acceso	9 nuevas vías de acceso	15 nuevas vías de acceso



## Acciones de corto plazo (2012-2014)

**9.1 Acción:** En 2012 la Corporación de Asistencia Judicial (CAJ) abre una línea especializada de atención a las personas mayores.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** En la actualidad la Corporación de Asistencia Judicial tiene líneas especializadas de atención para diferentes grupos etarios o para diferentes grupos vulnerables, pero no tiene una para personas mayores; la creación de ésta permitiría mejorar el acceso de este tramo etario a la justicia.

**Población potencial:** 762.482 personas mayores.

**Población objetivo:** 450 personas mayores.

**9.2 Acción:** En 2012 se firma convenio con cinco universidades para derivar casos de personas mayores a Clínicas Jurídicas de Atención al Adulto Mayor.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** SENAMA tiene una línea de atención de público a través del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC), el que se coordina con la Unidad Jurídica del Servicio, a través de un abogado para la atención y orientación legal de personas mayores, sus familias o público en general, realizando su solicitud por medio del Fono Mayor 800400035 del SENAMA, carta, correo electrónico o asistiendo directamente al Servicio. La gran demanda de asesoría legal orienta a SENAMA a realizar acciones de coordinación con universidades que están interesadas en atención de personas mayores, a través de sus Clínicas Jurídicas. A su vez, se coordina con las universidades la posibilidad de que SENAMA pueda otorgar a los alumnos de las Clínicas un módulo de capacitación de 8 horas sobre envejecimiento, políticas públicas y derechos de personas mayores. Las derivaciones a las Clínicas Jurídicas se realizan en forma semanal, a través de una ficha de derivación y coordinación, a fin de brindarle una atención en el corto plazo a la persona mayor, su familia o a terceros. La orientación legal se realiza en materias de derecho civil, derecho de familia, incluida la violencia intrafamiliar, derecho penal, ley del consumidor, seguridad social y acciones constitucionales por vulneración de derechos hacia personas mayores. En materia de colaboración existe un convenio vigente con universidades, el Colegio de Abogados de Chile y la Fundación Probono. Actualmente con la Fundación Probono se está realizando un ciclo de charlas, en el que abogados pertenecientes a estudios jurídicos de la Región Metropolitana, prestan capacitación a personas mayores en temas definidos por ellas mismas.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 750 personas mayores.



**9.3 Acción:** En 2012 el Servicio Nacional del Consumidor, SERNAC, abre una línea de atención preferencial para personas mayores.

**Encargado:** Ministerio de Economía, Servicio Nacional del Consumidor, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** En variados encuentros con personas mayores efectuados por SENAMA en Santiago y en todas las regiones, se ha manifestado la preocupación de los mayores por la calidad en la atención. Es por ello que el SERNAC implementará una línea de atención preferencial para personas mayores.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** No hay registros.

**9.4 Acción:** Se propone para 2014 que SENAMA reciba facultad legal expresa de representación de personas mayores cuyas garantías constitucionales han sido vulneradas.

**Encargado:** Ministerio de Justicia, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** En la actualidad, SENAMA, no cuenta con la facultad legal expresa de representación, lo que le imposibilita responder a las denuncias que hoy se reciben en el servicio. Esta facultad la tienen otros servicios que tienen como foco a grupos específicos vulnerables, como es el caso del SERNAM. Una vez obtenida la facultad legal se licitarán los servicios jurídicos a abogados privados. En concreto, SENAMA propone operacionalizar el Artículo 1º de la Ley Nº 19.828 de creación del SENAMA, que señala: "el Servicio Nacional del Adulto Mayor velará por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen. "En las facultades del Servicio contempladas en esta Ley y establecidas en el Artículo 3º, no se señalan funciones específicas que se refieran al ejercicio de los derechos de las personas mayores, identificándose como un vacío de protección, puesto que SENAMA no está facultado para su defensa en casos de su violación flagrante. El Servicio Nacional de la Mujer fue dotado de la facultad de asumir el patrocinio y representación de la mujer víctima de delitos constitutivos de violencia intrafamiliar, que sea mayor de edad, y cuando ella lo requiera, en la Ley Nº 20.066 de Violencia Intrafamiliar. SENAMA patrocinó la modificación de esta norma, incluyendo a las personas mayores como sujetos vulnerables específicos en ella. El paso siguiente sería dotarlo de la facultad de representación de personas mayores objeto de delitos constitutivos de violencia intrafamiliar.

Propuesta de Modificación de la Ley Nº 19.828: Se propone agregar una letra "m" al Artículo 3º de la Ley, en la que se señalan las funciones del tenor siguiente: "Representar judicialmente a adultos mayores víctimas de delitos constitutivos de violencia intrafamiliar y/o abandono, calificados por el Servicio, pudiendo asumir su patrocinio y representación judicial. Para el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso anterior, el Servicio podrá celebrar convenios con entidades públicas y privadas". Se hace presente, que el establecimiento de esta facultad no aumentaría la dotación en SENAMA, ya que se externalizarían los servicios a través de los convenios con instituciones públicas o privadas.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores del país.



## Información y difusión

**Objetivo específico 10. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionada a personas mayores.**

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>10.1. Se han capacitado 1.500 funcionarios municipales y regionales en envejecimiento y personas mayores.</b>	100 personas	231 personas	615 personas	1.000 personas
<b>10.2. Todos los beneficios que entrega el Estado a personas mayores están claramente descritos en medios de comunicación masivos impresos y digitales.</b>	No existe descripción exhaustiva en medios impresos o digitales	Todos en medios impresos y 1/4 en digitales	Todos en medios impresos y la mitad en digitales	Todos en medios impresos y en digitales

### Acciones de corto plazo (2012-2014)

**10.1 Acción:** En 2012 se publica revista que describe todos los beneficios que entrega el Estado a personas mayores en Chile.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** SENAMA ofrece en la actualidad una revista que incluye la oferta programática del Estado para ser distribuida anualmente.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores del país.

**Población objetivo:** 40.000 ejemplares para personas mayores.

**10.2 Acción:** En 2012 se implementa una alianza con Chile Atiende, con lo cual todos los beneficios dirigidos a las personas mayores en todas las áreas, se conectan vía web, presencial y telefónicamente al Programa ChileAtiende de difusión y distribución.

**Encargado:** Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Unidad de Modernización y Gobierno Electrónico, Programa ChileAtiende.

Antecedentes: Parte de los compromisos del gobierno del Presidente Sebastián Piñera consisten en trabajar para modernizar el Estado y poner a éste al servicio de los ciudadanos. Dada la necesidad de mayor coordinación horizontal entre servicios públicos para atender de manera más efectiva a los ciudadanos y compartir en forma eficiente los recursos, se crea el Programa ChileAtiende, con 144 sucursales, un call center, un portal web y un Móvil. Chile Atiende ya trabaja en más de 350.000 atenciones y abarca gran parte de las instituciones y servicios del gobierno. En esta línea, SENAMA establece alianza con ChileAtiende para la difusión de sus servicios institucionales propios y de los servicios asociados al grupo etario de 60 años y más que constituye el público objetivo del servicio.

Población potencial: 2.541.607 personas mayores del país.

Población objetivo: 2.147.658 personas mayores.

### Propuestas de acciones de largo plazo (2020-2025)

- Se implementa curso online de inducción para funcionarios públicos en atención de personas mayores con hipoacusia, discapacitadas y abusadas.

## Identidad

### Objetivo específico 11. Potenciar una identidad social y cultural positiva de las personas mayores.

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>11.1. La identidad social y cultural de las personas mayores, evaluada por la población general, ha mejorado en 40%.</b>	36% evalúa la identidad positivamente	40% evalúa la identidad positivamente	46% evalúa la identidad positivamente	52% evalúa la identidad positivamente

### Acciones de corto plazo (2012-2014)

**11.1 Acción:** En 2013 los textos y la malla curricular de la educación escolar fortalecen una imagen positiva de la vejez, fomentan las relaciones intergeneracionales en las actividades educacionales y promueven la educación previsional.

**Encargado:** Ministerio de Educación, Unidad Asuntos Culturales Transversales, Unidad Malla Curricular.

**Antecedentes:** En la actualidad los textos escolares presentan a las personas mayores como inactivas. Por ejemplo, aparecen abuelos sentados en una mecedora, en circunstancias que la vejez es una etapa que puede ser sumamente activa. El cambio de la gráfica (dibujos y fotos) de las personas mayores en los textos escolares, contribuirá al cambio cultural respecto a la imagen de la vejez, desde edades tempranas. También contribuirá a este fin, la realización de actividades con las personas más adultas, o bien, las personas mayores de la familia, acercando las generaciones y permitiendo que toda la familia haga uso del espacio educativo para formar a sus hijos. El plan es generar para 2013 una alianza con la Unidad de Currículo del Ministerio de Educación para que en los textos escolares se publique una imagen activa, participativa y positiva de las personas mayores, además de la incorporación de una unidad de previsión social para la futura cotización previsional de los alumnos y realizar actividades en los colegios donde se invite a participar a los abuelos o padres de los estudiantes de manera de acercar las generaciones.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores.



### Propuestas de acciones de mediano plazo (2015–2019)

- El programa de Recuperación y Revitalización de las Lenguas Indígenas involucra activamente a personas mayores de pueblos originarios en sus actividades.

### Propuestas de acciones de largo plazo (2020–2025)

- Se firman alianzas con los medios de comunicación masiva para la difusión de una imagen positiva del envejecimiento y las personas mayores.
- Campaña de sensibilización cultural con directores de escuelas de periodismo y comunicaciones, directores de medios y guionistas de teleseries.

## Investigación

### Objetivo específico 12. Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>12.1. El promedio anual de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y las personas mayores se ha duplicado.</b>	4 estudios por año	6 estudios por año	9 estudios por año	12 estudios por año

### Acciones de corto plazo (2012–2014)

**12.1 Acción:** A partir de 2013 se promueven fondos desde CONICYT destinados a temas relacionados con la vejez y el envejecimiento.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Ministerio de Educación, Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica.

**Antecedentes:** En la actualidad más de 4.000 proyectos de investigación FONDECYT fueron aprobados entre 2000 y 2010, menos del 1% se refieren a temas de envejecimiento y vejez.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores.

<b>12.2 Acción:</b> En 2012 el Informe de Política Social del Ministerio de Desarrollo Social se publica incluyendo un apartado sobre programas que benefician a personas mayores.
<b>Encargado:</b> Ministerio de Desarrollo Social.
<b>Antecedentes:</b> En 2011 se publica un Informe de Política Social que contiene todos los Programas Sociales ofrecidos por el gobierno en cada materia. La publicación no tiene apartados particulares por grupos etarios.
<b>Población potencial:</b> 2.541.607 personas mayores.
<b>Población objetivo:</b> 2.541.607 personas mayores.
<b>12.3 Acción:</b> En 2012 se publica un estudio piloto sobre Trabajo y Condiciones Laborales de las Personas Mayores a Nivel Nacional.
<b>Encargado:</b> Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Secretaría Regional Ministerial de Trabajo Región Metropolitana, Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE).
<b>Antecedentes:</b> En la actualidad no existe estudio acerca de la realidad laboral de las personas mayores. El Ministerio del Trabajo ha determinado como punto de partida para cualquier tipo de medida que se deba implementar en este ámbito, la existencia de un estudio adecuado que indique las líneas de acción a seguir.
<b>Población potencial:</b> 2.541.607 personas mayores.
<b>Población objetivo:</b> 2.541.607 personas mayores.

### Propuestas de acciones de mediano plazo (2015-2019)

- Crear mecanismos de financiamiento interministerial de encuestas panel de acceso público, que incluyan indicadores tradicionalmente utilizados en las ciencias sociales, junto a indicadores tradicionalmente usados en las ciencias de la salud.

### Bienestar subjetivo

**Objetivo específico 13. Evaluar y optimizar periódicamente la contribución de la política al bienestar subjetivo de las personas mayores.**

Meta de Envejecimiento Positivo	Línea Base	2015	2020	2025
<b>13.1. La contribución de la política al bienestar subjetivo de las personas mayores fue evaluada como positiva en la etapa de formulación, implementación y a su término.</b>	Existen evaluaciones aisladas	Evaluación ex ante y monitoreo de la implementación	Evaluación de impacto positivo	Evaluación de impacto positivo



### Acciones de corto plazo (2012–2014)

**13.1 Acción:** En 2012 se evaluó el impacto potencial de todas las medidas de la Política Integral de Envejecimiento Positivo en el bienestar subjetivo de las personas mayores.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** Tomando como punto de partida la literatura sobre bienestar subjetivo, discusiones con expertos y herramientas de evaluación de impacto potencial de las políticas públicas en la salud mental utilizadas en Inglaterra, se especuló acerca del efecto esperado de cada objetivo específico en el bienestar subjetivo de las personas mayores. Este ejercicio sugiere que todos los objetivos específicos propuestos podrían incrementar el bienestar subjetivo de las personas mayores, pero la magnitud esperada del efecto es baja o muy baja. Solamente los objetivos específicos relacionados a cuidados y maltrato podrían alcanzar un efecto de magnitud moderada.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores.

**13.2 Acción:** En 2013 se adecuó la forma de implementar distintas medidas de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para aumentar su impacto en el bienestar subjetivo de las personas mayores.

**Encargado:** Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**Antecedentes:** Para incrementar el bienestar subjetivo y la felicidad de las personas mayores es ciertamente importante el tipo de políticas que se implementan, pero también lo es el cómo se implementan. Políticas neutrales o beneficiosas para el bienestar subjetivo y felicidad podrían incluso llegar a ser dañinas si, por ejemplo, impiden la participación e influencia en las decisiones de los beneficiados, producen conflictos interpersonales e implican decisiones difíciles y costosas. Para optimizar la implementación de la política, maximizar su impacto y mejorar su accountability, se propone monitorear anualmente el cumplimiento de acciones propuestas en la política e involucrar a los implementadores para que reflexionen acerca del impacto, positivo o negativo, de la forma en que se están implementando las políticas de envejecimiento.

**Población potencial:** 2.541.607 personas mayores.

**Población objetivo:** 2.541.607 personas mayores.

### Propuestas de acciones de largo plazo (2020–2025)

- Evaluar el impacto y cumplimiento de los objetivos de la Política.
- Generar protocolos ministeriales para el manejo y tratamiento del dolor resultante de enfermedades crónicas, y para el tratamiento de los trastornos del sueño y diagnóstico de los cambios normales del sueño en personas mayores.



## Consideraciones sobre la implementación

### Planificación operacional, adecuación regional y evaluación permanente

Para cada meta es importante que cada encargado realice una planificación operacional y defina con la mayor precisión posible un requerimiento de presupuesto más específico, plan de trabajo anual detallado y condiciones de cumplimiento de la meta en función de los siguientes elementos:

1. **Presupuesto** necesario para cumplir cada meta.
2. **Fuente** de información para evaluar el cumplimiento de cada meta.
3. **Actores** involucrados en el cumplimiento de cada meta.
4. **Supuestos** para el cumplimiento adecuado de cada meta en el plazo estipulado.
5. **Factibilidad** de cumplir la meta en el plazo establecido.
6. **Observaciones** acerca de la continuidad y proyecciones de cada meta.

Es importante también adecuar la Política Integral de Envejecimiento Positivo para su aplicación a nivel regional. Por último, también es importante incluir a más académicos en la evaluación y monitoreo de la política.

### Costos fiscales y financiamiento

Un principio básico de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile es que en vez de gastar más, se puede desplazar el gasto proporcionalmente a la pirámide poblacional. El financiamiento de los nuevos servicios y prestaciones propuestos, debe ser una carga compartida por el Gobierno Central, la sociedad civil y los municipios. Las familias, por su parte, deben hacer un aporte al financiamiento de sus personas mayores, a partir de sus posibilidades económicas. Las empresas, en tanto, deberán aportar en sus ámbitos de competencia y como responsabilidad social empresarial. De acuerdo a las estimaciones, actualmente el Estado orienta un 3% del PIB anualmente en servicios y prestaciones dirigidas a personas mayores. Para la implementación de las propuestas en régimen demandaría recursos incrementales al Estado equivalentes a un 0,02% del PIB anualmente.





**NUEVOS PROGRAMAS SENAMA**

---



Durante 2013, 16 ministerios ejecutaron 308 programas sociales dedicados exclusivamente a las personas mayores por un monto de \$10.749.137 millones. Dentro de ellos, destacan tres relevantes medidas que SENAMA implementará y para las cuales logró un incremento presupuestario cercano al 65% alcanzando los \$20.830 millones, un hecho inédito para un servicio de estas características.

## 1. PROGRAMA CUIDADOS DOMICILIARIOS

### Objetivo

Contar con asistentes domiciliarios capacitados para entregar un conjunto de servicios de apoyo socio sanitarios a los adultos mayores en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible, insertos en su comunidad y ejerciendo sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida y la de su cuidador/a principal.

### Público objetivo

Personas mayores con las siguientes características:

- En situación de dependencia moderada o severa y vulnerabilidad.
- Que residan en la comuna donde se implementa el programa.
- Que cuenten con un cuidador principal, entendiendo por cuidador principal al familiar, amigo, vecino que presta cuidados en forma regular y permanente, acreditado mediante un informe social.
- Que pertenezca a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad, según la Ficha de Protección Social o instrumento que la reemplace e informe social otorgado por asistente social de su comuna.

### Servicios

Se trata de una prestación individualizada por parte de un asistente domiciliario, de acuerdo a la situación personal, familiar y social del beneficiario. Para ello el número de personas mayores a cargo del asistente domiciliario no debe superar los 10 beneficiarios.

Los asistentes domiciliarios proporcionarán algunas de las siguientes prestaciones sociosanitarias:

- Acompañamiento y ayuda en las actividades de la vida diaria.
- Técnicas de confort e higiene.
- Alimentación por vía natural.
- Control de signos vitales: presión, pulso, frecuencia cardíaca.
- Orientación sobre acciones preventivas ante accidentes.
- Primeros auxilios.

- 
- Actividades cognitivas, ocupacionales y de recreación.
  - Orientación y coordinación respecto de la participación en redes de servicios sociales, centros de salud, juntas de vecinos, clubes, entre otros.
  - Actividades de autocuidado al cuidador.

Todas estas prestaciones estarán orientadas a dejar capacidades instaladas en las personas mayores, en su cuidador principal y su familia.

## **Implementación**

El programa lo llevarán a cabo instituciones, públicas o privadas, sin fines de lucro con experiencia en el desarrollo de iniciativas en la temática de adulto mayor, las que accederán a un fondo especial destinado a financiar proyectos de cuidados domiciliarios dirigidos a 1.200 personas mayores. Las instituciones deben estar inscritas en el Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores de SENAMA.

Las instituciones deben presentar un proyecto de intervención que considere las dimensiones sanitarias y sociales definidas por SENAMA y especificar el tipo y el número de prestaciones que otorgará.

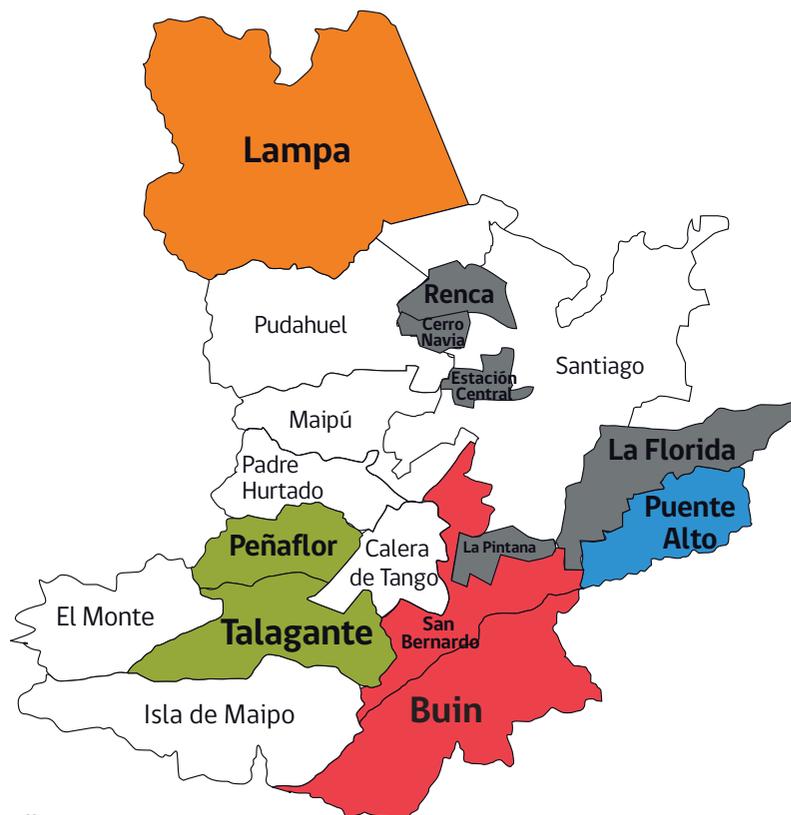
Para iniciar el programa de visitas de los asistentes domiciliarios, la persona mayor beneficiaria (o en su defecto el cuidador principal) deberá conocer y firmar un “acuerdo de incorporación” aceptando el servicio. Este acuerdo establecerá el nombre del asistente domiciliario, los horarios de visita y la nómina de prestaciones que se otorgará.

El programa tiene un presupuesto de \$177 millones (US\$345.205) para la implementación.

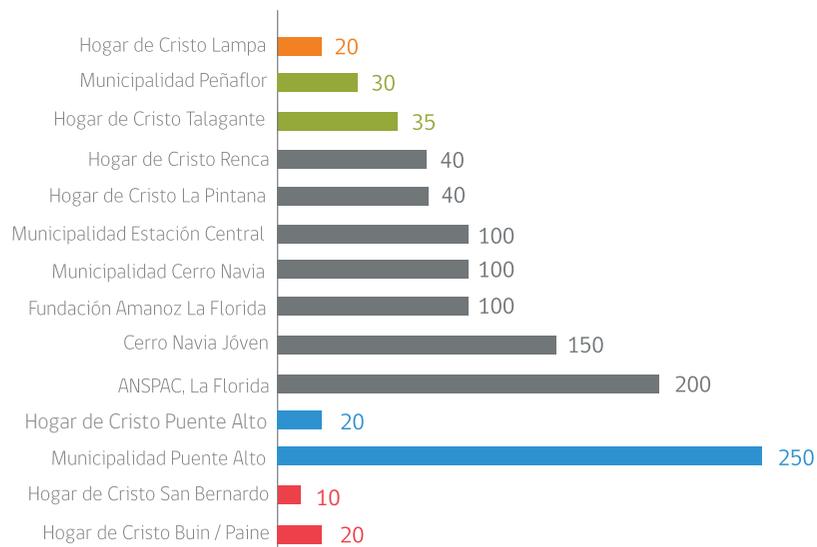
La iniciativa durante 2013 adjudicó fondos a 10 instituciones, lo que permitió beneficiar a 1.180 personas mayores con un presupuesto de \$177.811.000 (US\$334.230).



### Mapa de ejecución Cuidados Domiciliarios (Comunas y cantidad de personas mayores atendidas 2013)



#### Región Metropolitana



#### Otras Regiones

Viña del Mar,  
V Región (65)

Padre de Las Casas,  
IX Región (50)



## 2. CENTROS DIURNOS PARA PERSONAS MAYORES

### Objetivo

Atender en recintos en jornada diurna a adultos mayores en situación de dependencia leve y vulnerabilidad, prestándoles servicios socio sanitarios y de apoyo familiar preventivo, atención a necesidades personales básicas y de promoción para un envejecimiento activo, favoreciendo su autonomía, independencia y permanencia en su entorno habitual.

### Público objetivo

Personas mayores con las siguientes características y que presenten carencia de servicios de cuidado y/o apoyo:

- Con dependencia leve y situación de vulnerabilidad.
- Que residan en la comuna donde se implementa el programa.
- Que pertenezcan a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad, según Ficha de Protección Social o instrumento que la reemplace.
- Que no residan en un Establecimiento de Larga Estadía.
- Que no sean beneficiarios del programa Vínculos.

### Servicios

Se ofrecerán servicios socio-sanitarios durante el día, además de apoyo familiar preventivo, actividades socioculturales y de promoción para un envejecimiento activo.

Se consideran acciones concretas de estimulación cognitiva y psicomotriz, desarrollo de habilidades psicosociales, de estilos de vida saludable y apoyo familiar. Funcionarán en espacios físicos especialmente acondicionados para las personas mayores, con características de accesibilidad universal.

### Implementación

Los Centros Diurnos ofrecerán atención especializada, en una primera etapa a 1.200 adultos mayores, a través de un equipo profesional con formación gerontológica, los que elaborarán y dirigirán un plan integral individualizado.

Los centros contarán con, al menos, los siguientes profesionales:

- Terapeuta ocupacional
- Trabajador social
- Kinesiólogo
- Psicólogo

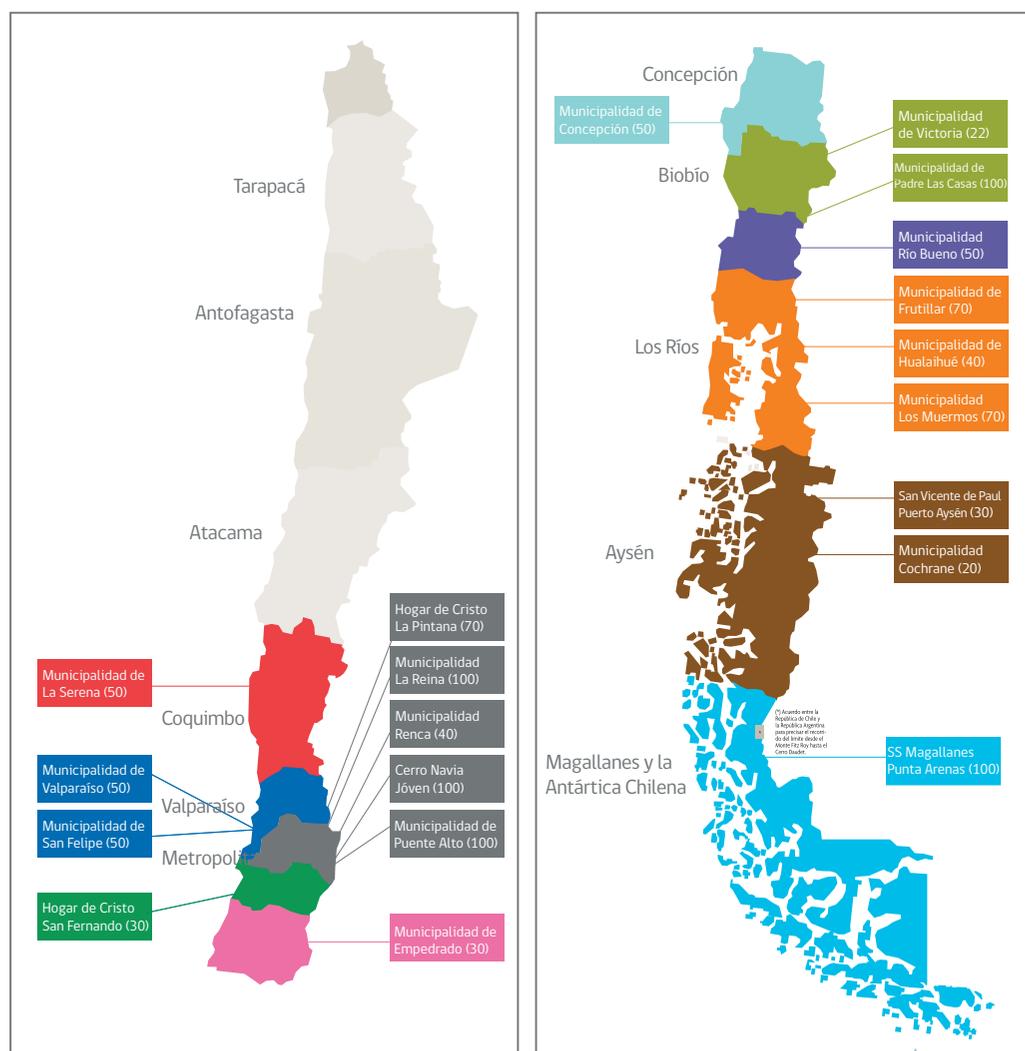


## Operación

Estará a cargo de instituciones públicas o privadas sin fines de lucro que acrediten experiencia en acciones dirigidas a personas mayores en situación de dependencia leve.

Los organismos ejecutores podrán acceder a un fondo especial destinado a financiar estos proyectos y deben estar inscritos en el Registro de SENAMA de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores. Contarán con la asesoría y orientación técnica por parte de SENAMA.

Durante 2013 el programa permitió implementar 20 centros diurnos a lo largo del país que beneficiaron a 1.172 personas mayores con un presupuesto de \$720.000.000 (US\$1.353.383).





### 3. SUBSIDIO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA (ELEAM)

#### Objetivo

Destinar recursos para apoyar a adultos mayores en situación de vulnerabilidad o dependencia, que residan en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), administrados por personas jurídicas, instituciones públicas (incluidos los municipios) y privadas sin fines de lucro, orientadas a acoger y a brindar atención especializada a personas mayores que la requieran.

#### Público objetivo

Las instituciones que administren uno o más Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) pueden postular al Fondo Concursable de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, presentando como beneficiarios a personas mayores residentes que cumplan con los siguientes requisitos:

- Que se encuentren en situación de dependencia.
- Que se encuentren en situación de vulnerabilidad.
- Que pertenezcan a los quintiles I, II y III de vulnerabilidad.

#### Implementación

Se optará a este fondo a través de concursos públicos regionales, mediante la presentación de proyectos de iniciativas de apoyo directo al adulto mayor y se procederá a transferir los recursos a través de convenios entre SENAMA y la institución adjudicada.

El monto total de los recursos a transferir será por plaza residencial adjudicada y ocupada de acuerdo al tipo de plaza residencial y al nivel de dependencia del adulto mayor.

Las iniciativas de apoyo directo son aquellas que contienen los servicios dirigidos a los adultos mayores beneficiarios, debiendo considerar la satisfacción de las necesidades básicas como alojamiento, alimentación, atención médica, estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos, y en general, servicios de promoción del envejecimiento activo.

Para la ejecución 2013 de este programa, SENAMA dispuso de un presupuesto de \$9.705.241.675 (US\$18.242.935) que permitió beneficiar a 4.913 personas mayores.





**ANEXOS**

---

## ANEXO 1

### Listado de participantes y colaboradores

Comité Técnico Interministerial	
Integrantes	Cargo
Joaquín Lavín Infante	Ministro de Desarrollo Social
Soledad Arellano Schmidt	Subsecretaria de Evaluación Social. Ministerio Desarrollo Social
Loreto Seguel King	Subsecretaria de Servicios Sociales. Ministerio Desarrollo Social
Rosa Kornfeld Matte	Directora Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
Augusto Iglesias Palau	Subsecretario de Previsión Social
Bruno Baranda Ferrán	Subsecretario del Trabajo
Cristóbal Lira Ibáñez	Subsecretario de Prevención del Delito
Dr. Jorge Díaz Anaiz	Subsecretario de Salud Pública
Dr. Luis Castillo Fuenzalida	Subsecretario de Redes Asistenciales
Fernando Rojas Ochagavía	Subsecretario de Educación
Gabriel Ruiz-Tagle Correa	Subsecretario de Deportes
Tomás Flores Jaña	Subsecretario de Economía
Gloria Hutt Hesse	Subsecretaria de Transportes
Carlos Lobos Mosqueira	Subdirector Nacional Consejo Nacional de la Cultura y las Artes
Isabel Aninat Sahli	Asesora Presidencia
Jacqueline Plass Wahling	Subsecretaria de Turismo
Jessica Mualim Fajurí	Subdirectora Servicio Nacional de la Mujer
Juan Carlos Jobet Eluchans	Subsecretario de Vivienda y Urbanismo
Dra. María Adriana Cruzat Amunátegui	Jefa de división de Planificación y Desarrollo, SENAMA
Patricia Pérez Goldberg	Subsecretaria de Justicia
Pauline Kantor Pupkin	Secretaria Ejecutiva Programa Elige Vivir Sano



<b>Representantes</b>	<b>Cargo</b>
Alfredo Vega	Asesor Subsecretaría de Transportes
Javier Olivos	Jefe División Subsidios. Subsecretaría de Transportes
María Cecilia Godoy	Subsecretaría de Transportes
Martín Mackenna	Asesor Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones
Carlos Charme	Jefe gabinete. Subsecretaría Prevención del Delito. Ministerio del Interior
Arturo Reyes	Asesor Gabinete Subsecretario. Prevención del Delito. Ministerio del Interior
Álvaro González	Asesor Subsecretario Ministerio de Vivienda y Urbanismo
Daniel Pardo	Jefe de Gabinete, Subsecretaría de Turismo
Ernesto Miranda	Asesor Subsecretario Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Dr. Hugo González	Jefe de División Gestión de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud
Dr. Patricio Herrera	Encargado Nacional Programa Adulto Mayor Salud Pública. Ministerio de Salud
Dra. Sylvia Santander	Jefa Departamento Ciclo Vital. Subsecretaría de Salud Pública
Dra. Carolina Araneda	Asesora Subsecretaría Salud Pública
Dr. Felipe Solar	Jefe de División de Prevención y Control de Enfermedades
Javiera Fernández	Asistente Subsecretaría. Ministerio de Economía
Felipe Berger	Asesor Económico Subsecretario de Economía
Paula Molina	Asesora Subdirección. Servicio Nacional de la Mujer
Verónica Simpson	Trayectoria Educativa. Ministerio Educación
Felipe Sáez	Coordinador de Normalización de Estudios. División de Educación. Ministerio Educación
María Ignacia Martínez	Asesora legislativa. Ministerio de Desarrollo Social
María José Torrealba	Asesora Director Nacional. Instituto Nacional de Deportes
Bernardita Undurraga	Jefa gabinete Subsecretario. Instituto Nacional de Deportes
Ivonne Mangelsdorff	Secretaría Regional Ministerial Trabajo y Previsión Social Región Metropolitana
Mónica Reyes	Asesora Unidad Trabajo y Sociedad. Subsecretaría del Trabajo
Mónica Titze	Asesora, Subsecretaría Previsión Social
Paulina González	Jefa de División Jurídica. Subsecretaría de Justicia
Sergio Berríos	Asesor Subdirector Consejo Nacional de la Cultura y las Artes



### Comisión Especial del Adulto Mayor

Nombre	Cargo
Diputado David Sandoval Plaza	Presidente Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Ramón Barros Montero	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Juan Luis Castro González	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Marcos Espinosa Monardes	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputada Carolina Goic Boroevic	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Cristián Campos Jara	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Cristián Letelier Aguilar	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputada Andrea Molina Oliva	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Sergio Ojeda Uribe	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Leopoldo Pérez Lahsen	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputada María Antonieta Saa Díaz	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputada Marcela Sabat Fernández	Comisión Especial Adulto Mayor
Diputado Ernesto Silva Méndez	Comisión Especial Adulto Mayor

### SENAMA

Comité Ejecutivo	Cargo
Rosa Kornfeld Matte	Directora Servicio Nacional del Adulto Mayor
Esteban Calvo	Secretario Ejecutivo de la Política de Envejecimiento
Carmen Luz Belloni	Coordinadora General Política Envejecimiento. Servicio Nacional del Adulto Mayor
María Teresa Abusleme	Jefa Unidad de Estudios. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Bernardita Canals	Analista Unidad de Estudios. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Cristian Massad	Unidad de Estudios. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Carolina Recasens	Jefa de Gabinete. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Rocío Brizuela	Coordinadora General de Gestión Institucional. Servicio Nacional del Adulto Mayor



<b>Comité Consultivo SENAMA</b>	<b>Cargo</b>
Beatriz Zegers Prado	Universidad de los Andes
Dra. Juana Silva Opazo	Universidad de Chile
Marcelo Piña Morán	Universidad Católica del Maule
Nelson García Araneda	Universidad del Biobío
Horacio Marín García	Universidad Mayor
Dr. P. Paulo Marín Larraín	P. Universidad Católica de Chile
Ana María Martino Bassano	Universidad San Sebastián
Francisco Iturriaga Steck	Asociación Gremial de Pensionados de Chile, UNAP A.G.
Jorge del Campo Balbontín	Asociación Nacional de Pensionados Bancarios A.G.
Segundo Joel Valenzuela	Asociación Empleados Particulares Jubilados de Chile
Guillermo Bravo Cáceres	Asociación Santiago Jubilados y Montepiados Banco del Estado
Ignacio Torres Karmy	CCAF de Los Andes
Lucio Díaz Dumenez	ONG CEC
Dr. Cristián Lucero Osorio	Fundación Las Rosas
Mario Noguera Fernández	Cáritas Chile

### **Colaboradores y Entrevistados**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>
Dr. Juan Carlos Molina	Presidente Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile
Soledad Bunger	Departamento Procesos y Transformación Hospitalaria, División Redes Asistenciales
Irma Vargas	Programa Adulto Mayor. División Atención Primaria
Víctor Díaz	Encargado Gestión Programa Adulto Mayor. Salud Pública
Elizabeth González	Encargada Programa Adulto Mayor. Salud Pública.
Paloma Herrera	Encargada Programa Adulto Mayor. Salud Pública.
Raúl Muñoz	Encargado Programa Adulto Mayor. Secretaría Regional Ministerial Salud RM



Ximena Neculhueque	Unidad de Rehabilitación. Ministerio de Salud
María Elena Varela	Departamento Procesos y Transformación Hospitalaria. Subsecretaría Redes Asistenciales.
Dra. Nancy Sepúlveda	Jefa de División. DIPOL/Subsecretaría de Salud
Dr. Mario Paublo	Jefe de Procesos y Transformación Hospitalaria. Redes Asistenciales
Dra. Sibila Iñiguez	Jefa División Atención Primaria. Redes Asistenciales
Ximena Betancour	Asesora del Subsecretario Economía
María Francisca Retamal	Coordinadora Unidad de Programas Sociales. Servicio Nacional de Turismo
Nicolás Gagliardi	Jefe Unidad de Comunicaciones y Relaciones Institucionales, SERCOTEC
Carolina Pérez	Asistente Gabinete. Servicio Nacional del Consumidor
Lili Orell	Asesora Subsecretaría Servicios Sociales
Andrés Hernando	Jefe de Estudios. División Social. Ministerio de Desarrollo Social
María del Carmen Álvarez	División de Estudios. Ministerio de Desarrollo Social
Jorge Fantuzzi	División de Estudios. Ministerio de Desarrollo Social
Juan de Castro	Monitoreo Programas Sociales. Ministerio de Desarrollo Social
María Alicia Albornoz	Programa Vínculos. Secretaría Ejecutiva Protección Social. Ministerio de Desarrollo Social
Max Franco	Encargado Nacional Ficha de Protección Social. Ministerio de Desarrollo Social
Santiago Arellano	Monitoreo Programas Sociales. Ministerio de Desarrollo Social
Daniel Tuteleers	Monitoreo Programas Sociales. Ministerio Desarrollo Social
Ricardo Urenda	Jefe gabinete Consejo Nacional de la Cultura y las Artes
Ximena Fitcher	Encargada de Programas Especiales, SERVIU. Región Metropolitana
Carolina Espinoza	Programa Adulto Mayor. SERVIU. Región Metropolitana
Loreto Fontaine	Coordinadora Nacional de la Unidad de Currículum y Evaluación. Ministerio de Educación
Alejandro Weinstein	Secretario Ejecutivo. Educación Técnico Profesional. Ministerio de Educación
Pablo Argote	Asesor Técnico Unidad Curriculum y Evaluación. Ministerio de Educación
Romeo Ríos	Unidad Curriculum y Evaluación. Ministerio de Educación



Carolina Soto	Asesora Subsecretaría de Educación. Ministerio de Educación
Delia Pizarro	Dirección Bibliotecas Archivos y Museos. Ministerio de Educación
Bruno Sepúlveda	Coordinador de Capacitación. Programa Biblioredes. Dirección Bibliotecas Archivos y Museos. Ministerio de Educación
Marcos Bravo	Coordinador Bibliotecas Públicas. Dirección Bibliotecas Archivos y Museos. Ministerio de Educación
José Miguel Aguilera	Presidente de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
Andrea Barros	Jefa del Departamento de Reformas Legales. Servicio Nacional de la Mujer
Susan Ortega	Departamento Reformas Legales. Servicio Nacional de la Mujer
Solange Machiavello	Asesora Subdirección. Servicio Nacional de la Mujer
María Paz Schuster	Desarrollo Regional y Coordinación Intersectorial. Servicio Nacional de la Mujer
Valentina Jofré	Encargada Casas de Acogida. Servicio Nacional de la Mujer
Denise Lama	Profesional Mujer, Trabajo y Participación. Servicio Nacional de la Mujer
Alejandra Pérez	Asesora Ministerial en Integración Social. Ministerio de Obras Públicas
María de los Ángeles Moreno	Coordinadora Macrozona Cordillera. Ministerio del Interior
Roberto Lagos	Programa Elige Vivir Sano
Claudia Castillo	Jefa Departamento Sectores Medios. División Política Habitacional. Ministerio de Vivienda y Urbanismo
Valentina Avendaño	Departamento Atención Grupos Vulnerables, División Política Habitacional. Ministerio de Vivienda y Urbanismo.
Leticia González	División Política Habitacional. Ministerio Vivienda y Urbanismo
Jorge Rojas	División Política Habitacional. Ministerio de Vivienda y Urbanismo
Antonio Garrido	Sectorialista, Ministerio de Desarrollo Social. Dirección de Presupuesto
Tania Morales	Profesional Analista. Dirección de Presupuesto
María Paz Reyes	Coordinadora de Eje Estratégico. División Coordinación Interministerial. Ministerio Secretaría General de la Presidencia
Claudia Castro	Jefa Departamento Masivo. Instituto Nacional de Deportes
Jorge Silva	Jefe División Actividad Física y Deportes. Instituto Nacional de Deportes
Rafael Inostroza	Jefe Unidad de Recreación. Instituto Nacional de Deportes
Paz Arancibia	Departamento Masivo. Instituto Nacional de Deportes



Juan de Dios Oyarzún	Encargado Grupos Transversales. Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
Eduardo Cuevas	Jefe del Departamento Capacitación a Personas. Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
Francisco Becerra	Presidente Comisión del Adulto Mayor. Asociación Chilena de Municipalidades
Abel Contreras	Comisión Adulto Mayor. Asociación Chilena de Municipalidades
Mónica Cifuentes	Comisión Adulto Mayor. Asociación Chilena de Municipalidades
Patricia Campos	División Organizaciones Sociales. Ministerio Secretaría General de Gobierno.
Alejandro Reyes	Unidad de Proyectos. Centro Capacitación y Desarrollo.ONG CEC
Daniela Thumala	Doctora en Psicología. Universidad de Chile
Rafael Ariztía	Coordinador Ejecutivo. Unidad de Modernización del Estado y Gobierno Electrónico.
Ignacio Melero	Asesor. Unidad de Modernización del Estado y Gobierno Electrónico
Muriel Abad	Jefa División de gestión y operación Territorial. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Tania Mora Biere	Encargada Unidad Jurídica. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Pablo Pizarro	Jefe División de Administración y Finanzas. Servicio Nacional del Adulto Mayor
María Luisa Prado	Asesora de Comunicaciones. Servicio Nacional del Adulto Mayor
María Paz Carvajal	Comunicaciones. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Eva Moreno	Unidad de Comunicaciones. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Paula Rodríguez	Unidad de Comunicaciones. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Macarena Moreno	Unidad de Comunicaciones .Servicio Nacional del Adulto Mayor
Gladys González	Encargada Unidad de Coordinación Regional. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Karina Reyes	Encargada Unidad de Servicio y Vivienda. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Juan Carlos Catalán	Encargado Programa Vínculos. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Felipe Lavandero	Unidad de Servicio y Vivienda. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Máximo Caballero	Coordinador Nacional Programa Contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Mijal Fliman	Unidad de Servicio y Vivienda. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Evelyn Magdalena	Unidad Relaciones Internacionales y Nuevos Proyectos. Servicio Nacional del Adulto Mayor



Edith Soto	Sistema de Información y Atención Ciudadana. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Pamela Acevedo	Sistema de Información y Atención Ciudadana. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Gladys Zalaquett	Programa Escuela de Dirigentes Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor
Dra. Cecilia Albala	Jefa Unidad Nutrición Salud Pública y Envejecimiento Saludable. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Chile
Felipe Valenzuela	Gerente General Fundación Las Rosas
Alfonso Pérez	Presidente Golden Seniors
Atenea Flores	Consultora CEPAL
Cristóbal Hunneus	Economista Universidad de Chile. Stanford.
Susana Tonda	Economista, experta en vejez vulnerable.
Rodrigo Cerda	Coordinador General Asesores. Macroeconomía. Ministerio de Hacienda
María Paz Causa	Analista CCI Ingeniería Económica Consultores

#### **Comunidad de Organizaciones Solidarias**

Fundación Las Rosas

Cáritas Santiago

Fundación Cerro Navia Joven

Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad CONAPRAN

Fundación Probono

Fundación Reconocer

Hermanitas de los Ancianos Desamparados

Sociedad San Vicente de Paul

Fundación Oportunidad

Fundación Amanoz

Hogar de Cristo



## ANEXO 2

---

### Listado de siglas

SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor

CAJ: Corporación de Asistencia Judicial

ELEAM: Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor

FONDECYT: Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico

FOSIS: Fondo de Solidaridad e Inversión Social

SENCE: Servicio Nacional de Capacitación y Empleo

SEREMI: Secretaría Regional Ministerial

SERNAC: Servicio Nacional del Consumidor

SERNAM: Servicio Nacional de la Mujer

SERNATUR: Servicio Nacional del Turismo

IND: Instituto Nacional de Deportes (Actual Ministerio del Deporte)

MINJU: Ministerio de Justicia

MINECO: Ministerio de Economía

MINSAL: Ministerio de Salud

MDS: Ministerio de Desarrollo Social

IPS: Instituto de Previsión Social

SEGPRES: Ministerio Secretaría General de la Presidencia

MINTRAB: Ministerio del Trabajo y Previsión Social

MINEDUC: Ministerio de Educación

INTERIOR: Ministerio del Interior

SEGEOB: Ministerio del Interior y Seguridad Pública

MINVU: Ministerio de Vivienda y Urbanismo

MOPP: Ministerio de Obras Públicas

MM: Miles de millones



## ANEXO 3

---

### Bibliografía

- Aguila, Emma, Orazio P. Attanasio, and Ximena Quintanilla. 2010. "Cobertura del Sistema Privado de Capitalización en Chile, Colombia y México." in WR-642. Santa Monica, CA: RAND Population Research Center.
- Albert, Steven M. 2004. *Public Health and Aging: An Introduction to Maximize Function and Well-being*. New York: Springer.
- Almeida-Filho, Naomar, Ichiro Kawachi, Alberto Pellegrini, and J. Norberto W. Dachs. 2003. "Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995)." *American Journal of Public Health* 93:2037-2043.
- Andersen, Signe Hald. 2009. "Unemployment and Subjective Well-Being: A Question of Class?" *Work and Occupations* 36:3-25.
- Aranibar, Paula. 2001. "Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina." NU. CEPAL. CELADE. División de Población. Santiago. Área de Población y Desarrollo del CELADE.
- Araya, R., G. Rojas, R. Fritsch, R. Frank, and G. Lewis. 2006. "Inequities in mental health care after health care system reform in Chile." *American Journal of Public Health* 96:109-13.
- Araya, Ricardo, Graciela Rojas, Rosemarie Fritsch, Jorge Gaete, Maritza Rojas, Greg Simon, and Tim J. Peters. 2003. "Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial." *TheLancet* 361:995-1000.
- Azar, Ariel and Esteban Calvo. 2012. "La certeza incierta de los rankings de felicidad?" in *Claves Para Políticas Públicas #2012-07*. Chile: Instituto de PolíticasPúblicas UDP.
- Baker, Lindsey A., Lawrence P. Cahalin, Kerstin Gerst, and Jeffrey A. Burr. 2005. "Productive Activities And Subjective Well-Being Among Older Adults: The Influence Of Number Of Activities And Time Commitment." *Social Indicators Research* 73:431-458.
- Ball, K. and D. Crawford. 2005. "Socioeconomic status and weight change in adults: a review." *Social Science and Medicine* 60:1987-2010.
- Banks, J., M. Marmot, Z. Oldfield, and J. P. Smith. 2006. "Disease and disadvantage in the United States and in England." *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 295:2037-45.
- Banks, James, Michael Marmot, Zoe Oldfield, and James P. Smith. 2006. "The SES Health Gradient on Both Sides of the Atlantic." in Working Paper No. 12674. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Banks, James, Zoe Oldfield, and James P. Smith. 2011. "Childhood Health and Differences in Late-Life Health Outcomes Between England and the United States." in Working Paper 17096. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Barr, Nicholas and Peter Diamond. 2009. "Reforming Pensions." in CESifo Working Paper No. 2523. Munich, Germany: Institute for Economic Research.
- Baumeister, Roy F., E. J. Masicampo, and Kathleen D. Vohs. 2011. "Do conscious thoughts cause behavior?" *Annual Review of*



Psychology 62:331-61.

- Berkman, Lisa and Arnold M. Epstein. 2008. "Beyond Health Care - Socioeconomic Status and Health." *The New England Journal of Medicine* 358:2509-2510.
- Berkman, Lisa F. 2000. "Which influences cognitive function: living alone or being alone?" *The Lancet* 355:1291-1292.
- . 2002. "Psychological Distress: A Matter of Hearts and Minds." *International Journal of Epidemiology* 21:256.
- Berkman, L. F. and K. Sivaramakrishnan. 2008. "WHO Commission on the social determinants of health: a bold new venture." *European journal of public health* 18:547.
- Berkmana, Lisa F., Thomas Glassb, Ian Brissette, and Teresa E. Seeman. 2000. "From social integration to health: Durkheim in the new millennium." *Social Science & Medicine* 51:843-857.
- Bertranou, Fabio and Evelyn Vezza. 2010. "Social Protection Floor Initiative." New York, NY: United Nations.
- Bertranou, Fabio M. 2004. "Pensions and Gender in Latin American Social Protection Systems: Where do we stand in the Southern Cone?". Santiago, Chile: International Labour Office.
- Bertranou, Fabio M. and Octavio Jiménez Durán. 2005. "Social protection in Latin America: The challenges of heterogeneity and inequity." *International Social Security Review* 58:3-13.
- Beytía, Pablo and Esteban Calvo. 2011. "¿Cómo medir la felicidad?" in *Claves Para Políticas Públicas #2011-04*. Chile: Instituto de Políticas Públicas UDP.
- Bitrán, Ricardo and Liliana Escobar. 2008. "The Politics of the AUGE Health Reform in Chile: A Case Study prepared for the Results for Development Institute." *Bitrán y Asociados Case Study prepared for the Results for Development Institute*.
- Blanchflower, D. 2004. "Well-being over time in Britain and the USA." *Journal of Public Economics* 88:1359-1386.
- Blanchflower, David G. 2008. "International Evidence on Well-Being." in *Working Paper No. 14318*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Blanchflower, David G. and Andrew J. Oswald. 2008. "Is Well-being U-Shaped over the Life Cycle?" *Social Science and Medicine* 66:1733-1749.
- . 2011. "International happiness." in *NBER Working Paper #16668*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Blazer, Dan G. 2003. "Depression in Late Life: Review and Commentary." *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 58A:249-265.
- Bloom, David E. and Roddy McKinnon. 2010. "Social security and the challenge of demographic change." *International Social Security Review* 63:3-21.
- Bohner, Gerd and Nina Dickel. 2011. "Attitudes and attitude change." *Annual Review of Psychology* 62:391-417.
- Bok, Derek. 2010. *The Politics of Happiness*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Bourque, Paul, Dolores Pushkar, Lucie Bonneville, and Franc ,oisBéland. 2005. "Contextual Effects on Life Satisfaction of Older Men and Women." *Canadian Journal on Aging* 24:31-44.
- Braveman, P., S. Egerter, and D. R. Williams. 2011. "The social determinants of health: coming of age." *Annual Review of Public Health* 32:381-98.

- 
- Brown, Jeffrey R., ArieKapteyn, and Olivia S. Mitchell. 2011. "Framing Effects and Expected Social Security Claiming Behavior." in Working Paper No. 17018. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Brummett, B. H., M. C. Morey, S. H. Boyle, and D. B. Mark. 2009. "Prospective study of associations among positive emotion and functional status in older patients with coronary artery disease." *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 64:461-9.
- Burg, M. M. 2005. "Low Perceived Social Support and Post-Myocardial Infarction Prognosis in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Clinical Trial: The Effects of Treatment." *Psychosomatic Medicine* 67:879-888.
- Calvo, Esteban, Fabio M. Bertranou, and EvelinaBertranou. 2010. "Are Old-age Pension System Reforms Moving Away from Individual Retirement Accounts in Latin America?" *Journal of Social Policy* 39:223-234.
- Calvo, Esteban and Bernardo Martorell. 2008. "Salud del Adulto Mayor en Chile: Responsabilidad Compartida por las Personas, las Empresas y el Estado." Pp. 103-121 in *Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece* (PublicPoliciesforanAgingSociety. Santiago, Chile: Corporación Expansiva y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.
- Calvo, Esteban and Natalia Sarkisian. 2011. "Retirement and Well-being: Examining Characteristics of Life Course Transitions." in Documento de Trabajo #2. Santiago, Chile: Instituto de Políticas Públicas UDP.
- Calvo, Esteban, Natalia Sarkisian, and Chris Tamborini. 2011. "Causal effects of retirement timing on subjective well-being: The role of cultural norms and institutional policies." in Documento de Trabajo #17. Santiago, Chile: Facultad de Economía y Empresa UDP.
- Calvo, Esteban and John B. Williamson. 2008. "Old-age pension reform and modernization pathways: Lessons for China from Latin America." *Journal of Aging Studies* 22:74-87.
- Carstensen, Laura L., Derek M. Isaacowitz, and Susan T. Charles. 1999. "A Theory of Socioemotional Selectivity." *American Psychologist* 54:165-181.
- Carstensen, Laura L., MonishaPasupathi, Ulrich Mayr, and John R. Nesselroade. 2000. "Emotional Experience in Everyday Life Across the Adult Life Span." *Journal of Personality and Social Psychology* 79:644-655.
- Centro de Ética UAH. 2005. "Chile envejece: progreso y desafío." in Informe Ethos N° 42. Santiago, Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Cerda, Rodrigo A. 2007. "Cambios demográficos: desafíos y oportunidades de un nuevo escenario." in N°11. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cerda, Rodrigo A. and Felipe Larraín. 2007. "The Macroeconomics of Demographic Transition in an Economy with Large Human Capital Heterogeneity." Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Chang, Marikolin. 2005. "With a Little Help from My Friends (and My Financial Planner)." *Social Forces* 83:1469-1498.
- Charles, S. T. and L. L. Carstensen. 2010. "Social and emotional aging." *Annual Review of Psychology* 61:383-409.
- Charles, Susan Turk, Chandra A. Reynolds, and Margaret Gatz. 2001. "Age-Related Differences and Change in Positive and Negative Affect Over 23 Years." *Journal of Personality and Social Psychology* 80:136-151.
- Chen, Chaonan. 2001. "Aging and Life Satisfaction." *Social Indicators Research* 54:57-79.



- Cheng, S. T. 2004. "Age and subjective well-being revisited: a discrepancy perspective." *Psychology and Aging* 19:409-15.
- Cheng, Sheung-Tak, Alfred C. M. Chan, and David R. Phillips. 2004. "Quality of life in old age: An investigation of well older persons in Hong Kong." *Journal of Community Psychology* 32:309-326.
- Chida, Y. and A. Steptoe. 2008. "Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies." *Psychosomatic Medicine* 70:741-56.
- Chou, K. -L. and I. Chi. 1999. "Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: a longitudinal study." *Aging & Mental Health* 3:328-335.
- Christakis, Nicholas A. and Paul D. Allison. 2006. "Mortality after the Hospitalization of a Spouse." *The New England Journal of Medicine* 354:719-730.
- Christakis, Nicholas A. and James H. Fowler. 2007. "The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years." *The New England Journal of Medicine* 357:370-379.
- Chu, Michael, MladenKoljatic, and Mónica Silva. 2006. "Áncora: Una universidad privada en la prestación de servicios de salud a los pobres." Cambridge, MA: Harvard Business School.
- Coe, Norma B. and Kelly Haverstick. 2011. "How Can Customized Information Change Financial Plans?" in Number 11-4. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Consedine, Nathan S., Carol Magan, and Arlene R. King. 2004. "Deconstructing Positive Affect in Later Life: A Differential Functionalist Analysis of Joy and Interest." *International Journal Aging and Human Development* 58:49-68.
- Costa, Jr., Paul T., Robert R. McCrae, and Arthur H. Norris. 1981. "Personal Adjustment to Aging: Longitudinal Prediction from Neuroticism and Extraversion." *Journal of Gerontology* 36:78-85.
- Cotlear, Daniel. 2010. "Population Aging: Is Latin America Ready?". Washington, D.C.: The World Bank.
- Cotten, Shelia R. 1999. "Marital Status and Mental Health Revisited: Examining the Importance of Risk Factors and Resources." *Family Relations* 48:225-233.
- Cox Edwards, Alejandra and Estelle James. 2009. "Social Security Rules and Labor Force Participation of Older Workers: Evidence from Chile." in WP 2009-202. Ann Arbor, MI: Michigan Retirement Research Center.
- Crimmins, E. M. 2004. "Trends in the health of the elderly." *Annual Review of Public Health* 25:79-98.
- Crosnoe, Robert and Glen H. Elder Jr. 2002. "Successful Adaptation in the Later Years: A Life Course Approach to Aging." *Social Psychology Quarterly* 65:309-328.
- Cummins, Robert A. 2009. "Subjective Wellbeing, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis." *Journal of Happiness Studies* 11:1-17.
- Cutler, David M., Adriana Lleras-Muney, and Tom Vogl. 2008. "Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms." Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Dannefer, Dale and Robin S. Patterson. 2008. "The Missing Person: Some Limitations in the Contemporary Study of Cognitive Aging." in *International Handbook of Cognitive Aging*, edited by D. Alwin and S. Hofer. Thousand Oaks, CA: Sage.

- 
- Danner, Deborah D., David A. Snowdon, and Wallace V. Friesen. 2001. "Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings from the Nun Study." *Journal of Personality and Social Psychology* 80:804-813.
- Davis, Neil C. and Douglas Friedrich. 2004. "Knowledge of Aging and Life Satisfaction Among Older Adults." *International Journal Aging and Human Development* 59:43-61.
- Deaton, Angus S. 2008. "Aging, religion, and health." Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Departamento de Epidemiología. 2007. "Estudio Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007." Santiago, Chile: Minsal.
- Department of Health. 2010. "A vision for social care: Capable communities and active citizens." United Kingdom: HMG.
- 2011. "No Health Without Mental Health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages." United Kingdom: HMG.
- Depp, Colin A. and Dilip V. Jeste. 2006. "Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies." *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 14:6-20.
- Dethier, Jean-Jacques, Pierre Pestieau, and Rabia Ali. 2010. "Universal Minimum Old Age Pensions: Impact on Poverty and Fiscal Cost in 18 Latin American Countries." in *Policy Research Working Paper # 5292*. Washington, DC: The World Bank.
- Di Tella, Rafael and Robert MacCulloch. 2006. "Some Uses of Happiness Data in Economics." *Journal of Economic Perspectives* 20:25-46.
- Diener, Ed, Richard E. Lucas, and Christie Napa Scollon. 2006. "Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being." *The American Psychologist* 61:305-14.
- Diener, Ed and Katherine Ryan. 2008. "Subjective well-being: a general overview." *South African Journal of Psychology* 39:391-406.
- Diener, Ed, Eunkook M. Suh, Richard E. Lucas, and Heidi L. Smith. 1999. "Subjective Well-Being: Three Decades of Progress." *Psychological Bulletin* 125:276-302.
- DiPrete, Thomas A. and Gregory M. Eirich. 2006. "Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments." *Annual Review of Sociology* 32:271-297.
- Doblhammer, Gabriele, Rasmus Hoffmann, Elena Muth, Christina Westphal, and Anne Kruse. 2009. "A systematic literature review of studies analyzing the effect of sex, age, education, marital status, obesity, and smoking on health transitions." *Demographic Research* 20:37-64.
- Dolan, Paul, Richard Layard, and Robert Metcalfe. 2011. "Measuring Subjective Well-being for Public Policy." Newport, South Wales: Office for National Statistics.
- Easterlin, Richard A. 2001. "Life Cycle Welfare: Trends and Differences." *Journal of Happiness Studies* 2:1-12.
- Eby, L. T., C. P. Maher, and M. M. Butts. 2010. "The intersection of work and family life: the role of affect." *Annual Review of Psychology* 61:599-622.
- Ekerdt, D. J. 2010. "Frontiers of research on work and retirement." *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 65B:69-80.
- Elwert, F. and N. A. Christakis. 2008. "The effect of widowhood on mortality by the causes of death of both spouses." *American Journal of Public Health* 98:2092-8.



- England, Paula. 2005. "Emerging Theories of Care Work." *Annual Review of Sociology* 31:381-399.
- Epel, E. S., E. H. Blackburn, J. Lin, F. S. Dhabhar, N. E. Adler, J. D. Morrow, and R. M. Cawthon. 2004. "Accelerated telomere shortening in response to life stress." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 101:17312-5.
- Erazo, M., V. Iglesias, A. Droppelmann, M. Acuna, A. Peruga, P. N. Breyse, and A. Navas-Acien. 2010. "Secondhand tobacco smoke in bars and restaurants in Santiago, Chile: evaluation of partial smoking ban legislation in public places." *Tobacco Control* 19:469-74.
- Ertel, K. A., M. M. Glymour, and L. F. Berkman. 2008. "Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population." *American Journal of Public Health* 98:1215-20.
- Ferraro, K. F. and T. P. Shippee. 2009. "Aging and cumulative inequality: how does inequality get under the skin?" *The Gerontologist* 49:333-43.
- Ferrie, Joseph P. and Karen Rolf. 2011. "Socioeconomic Status in Childhood and Health After Age 70: A New Longitudinal Analysis for the U.S., 1895-2005." National Bureau of Economic Research Working Paper Series No. 17016.
- Ferro, Gustavo. 2009. "Reformas previsionales de capitalización en diez países de América Latina." Santiago, Chile: International Federation of Pension Funds Administrators.
- Finlay, Jocelyn E. and Günther Fink. 2011. "Social Security Reform and Male Labor Force Participation Around the World." in CRR WP 2011-12. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Fomby, Paula and Andrew J. Cherlin. 2008. "Family Instability and Child Well-Being." *American Sociological Review* 72:181-204.
- Fowler, James H. and Nicholas A. Christakis. 2008. "Dynamic spread of happiness in a large social network: Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study." *BMJ* 337:1-9.
- Fredman, L., W. G. Hawkes, S. Black, R. M. Bertrand, and J. Magaziner. 2006. "Elderly patients with hip fracture with positive affect have better functional recovery over 2 years." *Journal of the American Geriatrics Society* 54:1074-81.
- Frey, Bruno S. and Alois Stutzer. 2008. *Happiness: A Revolution in Economics*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Friel, S. and M. G. Marmot. 2011. "Action on the social determinants of health and health inequities goes global." *Annual Review of Public Health* 32:225-36.
- Frohlich, Katherine L. and Louise Potvin. 2008. "The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations." *American Journal of Public Health* 98:216-221.
- George, L. K. 2010. "Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life." *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 65B:331-9.
- Gill, Indermit, Truman Packard, Todd Pugatch, and Juan Yermo. 2005. "Rethinking social security in Latin America." *International Social Security Review* 58:71-96.
- Giltay, Erik J., Marjolein H. Kamphuis, Sandra Kalmijn, Frans G. Zitman, and Daan Kromhout. 2006. "Dispositional Optimism and the Risk of Cardiovascular Death." *Arch Intern Med* 166:431-436.
- Glass, T. A., L. F. Berkman, E. F. Hiltunen, K. Furie, M. M. Glymour, M. E. Fay, and J. Ware. 2004. "The Families In Recovery From Stroke Trial (FIRST): primary study results." *Psychosomatic Medicine* 66:889-97.

- 
- Glass, T. A., C. F. De Leon, S. S. Bassuk, and L. F. Berkman. 2006. "Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings." *Journal of Aging and Health* 18:604-28.
- Glymour, M. M., I. Kawachi, C. S. Jencks, and L. F. Berkman. 2008. "Does childhood schooling affect old age memory or mental status? Using state schooling laws as natural experiments." *Journal of Epidemiology and Community Health* 62:532-7.
- Gollust, S. E., P. M. Lantz, and P. A. Ubel. 2009. "The polarizing effect of news media messages about the social determinants of health." *American Journal of Public Health* 99:2160-7.
- González, Pablo. 2011. "¿Políticas públicas para el bienestar?" Pp. 9-10 in *Primer Barómetro de la Felicidad en Chile*, edited by Instituto de la Felicidad Coca-Cola. Santiago de Chile: Instituto de la Felicidad Coca-Cola.
- Green, L. W. and J. Fielding. 2011. "The u.s. Healthy people initiative: its genesis and its sustainability." *Annual Review of Public Health* 32:451-70.
- Gruber, Jonathan, Kevin S. Milligan, and David A. Wise. 2009. "Social Security Programs and Retirement Around the World: The Relationship to Youth Employment." in Working Paper # 14647. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Gutiérrez, Eugenio, Paulina Osorio, Patricio Ríos, and Carol Wilson. 2006. "Adulthood, Contexto + Subtexto." Santiago, Chile: Observatorio Social del Envejecimiento y la Vejez.
- Gwozdz, Wencke and Alfonso Sousa-Poza. 2009. "Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany." Bonn, Germany: IZA.
- Haas, S. 2008. "Trajectories of functional health: the 'long arm' of childhood health and socioeconomic factors." *Social Science and Medicine* 66:849-61.
- Harold Van Houtven, Courtney and Norma B. Coe. 2010. "Spousal Health Shocks and the Timing of the Retirement Decision in the face of Forward-Looking Financial Incentives." in WP 2010-7. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Harper, Sarah. 2010. "The capacity of social security and health care institutions to adapt to an ageing world." *International Social Security Review* 63:177-196.
- Hastings, Justine and Olivia S. Mitchell. 2010. "How Financial Literacy and Impatience Shape Retirement Wealth and Investment Behaviors." in WP 2010-233. Ann Arbor, MI: Michigan Retirement Research Center.
- Headey, Bruce. 2006. "Happiness: Extending Dynamic Equilibrium Theory to Account for Both Short Term Stability and Long Term Change." Parkville, Australia: University of Melbourne.
- Herrera, M. Soledad, Carmen Barros, and M. Beatriz Fernández. 2008. "Predictores de Calidad de Vida entre los Adultos Mayores Chilenos." Santiago, Chile: Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 2008. "Resultados de Primera Encuesta Nacional Sobre Calidad de Vida en la Vejez." Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Herrera, María Soledad and Rosita Kornfeld. 2010. "Importancia de las Relaciones Familiares en la Satisfacción con la Vida en la Vejez." *Ageing Horizons* 9:40-58.
- Hertzman, C. and T. Boyce. 2010. "How experience gets under the skin to create gradients in developmental health." *Annual Review of Public Health* 31:329-47 3p following 347.



- Hilleras, Pernilla K., Anthony F. Jorm, Agneta Herlitz, and Bengt Winblad. 2001. "Life Satisfaction Among the Very Old: A survey on a Cognitively Intact Sample Aged 90 Years or Above." *International Journal Aging and Human Development* 52:71-90.
- Howard, George and Jr. Goff, David C. 1998. "A Call for Caution in the Interpretation of the Observed Smaller Relative Importance of Risk Factors in the Elderly (Editorial)." *Annals of Epidemiology* 8:411-414.
- Huenchuan Navarro, Sandra. 2004. "Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina." Santiago, Chile: CEPAL.
- Iglesias-Palau, Augusto. 2009. "Pension reform in Chile revisited: what has been learned?" in *OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 86*. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- ILO. 2010. "World Social Security Report 2010/11." Geneva, Switzerland: International Labour Organization.
- INE. 1999. "Chile y los Adultos Mayores: Impacto en la Sociedad del 2000." Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- 2003. "CENSO 2002." Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- Isaacowitz, D. 2005. "Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimisms." *Journal of Research in Personality* 39:224-244.
- Isaacowitz, Derek M. and Jacqui Smith. 2003. "Positive and Negative Affect in Very Old Age." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 58B:143-152.
- Islam, M. K., J. Merlo, I. Kawachi, M. Lindstrom, and U. G. Gerdtham. 2006. "Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review." *International journal for equity in health* 5:3.
- ISSA. 2011. "El cambio demográfico y los sistemas de asistencia médica de la seguridad social." Geneva, Switzerland: International Social Security Association.
- Jackson, Richard, Rebecca Strauss, and Neil Howe. 2009. "Latin America's Aging Challenge." Washington, DC: Center for Strategic and International Studies.
- James, Estelle. 2005. "Reforming Social Security: Lessons from Thirty Countries." in *NCPA Policy Report No. 277*. Dallas, TX: National Center for Policy Analysis.
- John, David C. and Ruth Levine. 2009. "National Retirement Savings Systems in Australia, Chile, New Zealand and the United Kingdom: Lessons for the United States." in *Nº 2009-1*. Washington, DC: The Retirement Security Project.
- Jorm, A. F. 2000. "Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span." *Psychological Medicine* 30:11-22.
- Joyce, K., R. Pabayo, J.A. Critchley, and C. Bamba. 2010. "Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing (Review)." *Cochrane database of systematic reviews* 2.
- Kaplan, G. A., M. N. Haan, and R. B. Wallace. 1999. "Understanding Changing Risk Factor Associations With Increasing Age in Adults." *Annual Review Public Health* 20:89-108.
- Karlan, Dean, Margaret McConnell, Sendhil Mullainathan, and Jonathan Zinman. 2010. "Getting to the Top of Mind: How Reminders Increase Saving." in *CRR WP 2010-4*. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Kiecolt-Glaser, Janice K., Phillip T. Marucha, William B. Malarkey, Ana M. Mercado, and Ronald Glaser. 1995. "Slowing of wound healing by psychological stress." *The Lancet* 346:1194-1196.

- 
- Kim, Jungmeen E. and Phyllis Moen. 2002. "Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-Being: A Life-Course, Ecological Model." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57B:212-222.
- Klein, Alejandro. 2010. "Nuevas formas de Familias, Paternidades y Relaciones Familiares como Modelo de Intersecciones Intergeneracionales." *Ageing Horizons* 9:74-81.
- Knapp, Martin, David McDaid, and Michael Parsonage. 2011. "Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case." London: London School of Economics and Political Science - Department of Health.
- Kosloski, Karl, Donald E. Stull, Kyle Kercher, and Daniel J. Van Dussen. 2005. "Longitudinal Analysis of the Reciprocal Effects of Self-Assessed Global Health and Depressive Symptoms." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 60B:296-303.
- Kritzer, Barbara E. 2008. "Chile's Next Generation Pension Reform." *Social Security Bulletin* 68:69-84.
- Kritzer, Barbara E., Stephen J. Kay, and Tapen Sinha. 2011. "Next Generation of Individual Account Pension Reforms in Latin America." *Social Security Bulletin* 71:35-76.
- Kubzansky, L. D., S. V. Subramanian, I. Kawachi, M. E. Fay, M. J. Soobader, and L. F. Berkman. 2005. "Neighborhood contextual influences on depressive symptoms in the elderly." *American Journal of Epidemiology* 162:253-60.
- Kunzmann, Ute, Todd D. Little, and Jacqui Smith. 2000. "Is Age-Related Stability of Subjective Well-Being a Paradox? Cross-Sectional and Longitudinal Evidence From the Berlin Aging Study." *Psychology and Aging* 15:511-526.
- Kunzmann, U., A. Stange, and J. Jordan. 2005. "Positive affectivity and lifestyle in adulthood: do you do what you feel?" *Personality & social psychology bulletin* 31:574-88.
- Lange, Fabian and Doug McKee. 2010. "Accurately Measuring Health Over the Life Course." in WP 2010-5. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Lantz, Paula M., James S. House, Richard P. Mero, and David R. Williams. 2005. "Stress, Life Events, and Socioeconomic Disparities in Health: Results from the Americans' Changing Lives Study." *Journal of Health and Social Behavior* 46:274-288.
- Lelkes, Orsolya. 2008. "Happiness Across the Life Cycle: Exploring Age-Specific Preferences." in 2. Vienna, Austria: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Lett, H. S., J. A. Blumenthal, M. A. Babyak, D. J. Catellier, R. M. Carney, L. F. Berkman, M. M. Burg, P. Mitchell, A. S. Jaffe, and N. Schneiderman. 2009. "Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction." *International journal of behavioral medicine* 16:248-58.
- Leung, BeetoWai-Chung, Giovanni B. Moneta, and Catherine McBride-Chang. 2005. "Think Positively and Feel Positively: Optimism and Life Satisfaction in Late Life." *International Journal Aging and Human Development* 61:335-365.
- Lindahl, Mikael. 2002. "Estimating the Effect of Income on Health and Mortality Using Lottery Prizes as Exogenous Source of Variation in Income." in No. 442. Bonn, Germany: IZA.
- Link, Bruce G. and Jo Phelan. 1995. "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease." *Journal of Health and Social Behavior* 35:80-94.
- Litwin, H. 2002. "Examination of the association of age, disability, and mood among Jewish older adults in Israel." *Aging & mental health* 6:397-401.
- Litwin, Howard. 2005. "Correlates of Successful Aging: Are They Universal?" *International Journal Aging and Human Development*



61:313-333.

- López La Vera, Blanca. 2010. "La Transición entre Ocupar el Tiempo Libre y Empoderar: Perspectivas de la Educación Universitaria dirigida al Adulto Mayor." *Ageing Horizons* 9:82-99.
- Loucks, E. B., L. F. Berkman, T. L. Gruenewald, and T. E. Seeman. 2005. "Social integration is associated with fibrinogen concentration in elderly men." *Psychosomatic Medicine* 67:353-8.
- Lucas, Richard E., Andrew E. Clark, Yannis Georgellis, and Ed Diener. 2003. "Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status." *Journal of Personality and Social Psychology* 84:527-539.
- Lynch, John, George Davey Smith, Sam Harper, and Marianne Hillemeier. 2004. "Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 2. U.S. National and Regional Trends in Income Inequality and Age- and Cause-Specific Mortality." *The Milbank Quarterly* 82:355-400.
- Lynch, John, George Davey Smith, Sam Harper, Marianne Hillemeier, Nancy Ross, George A. Kaplan, and Michael Wolfson. 2004. "Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review." *The Milbank Quarterly* 82:5-99.
- Lyubomirsky, Sonja, Laura King, and Ed Diener. 2005. "The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?" *Psychological Bulletin* 131:803-855.
- Mandel, Hadas and Moshe Semyonov. 2005. "Family Policies, Wage Structures, and Gender Gaps: Sources of Earnings Inequality in 20 Countries." *American Sociological Review* 70:949-967.
- Marín L, Pedro Paulo, Marcela Carrasco G, Mauricio Cabezas U, Homero Gac E, Trinidad Hoyl M, Patricio Duery D, Kristina Petersen C, and Catalina Dussailant K. 2004. "Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos." *Rev Méd Chile* 132:573-578.
- Marín L., Pedro Paulo. 2007. "Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores." *Rev Méd Chile* 135:392-398.
- Mastrobuoni, Giovanni. 2011. "Do social security statements affect knowledge and behavior?" in *CRR Issue Brief #11-6*. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Mayer, Karl Ulrich. 2009. "New Directions in Life Course Research." *Annual Review of Sociology* 35:413-433.
- Meeks, Suzanne and Stanley A. Murrell. 2001. "Contribution of Education to Health and Life Satisfaction in Older Adults Mediated by Negative Affect." *Journal of Aging and Health* 13:92-119.
- Mehra, Reena. 2009. "Retire for Better Sleep? (Commentary)." *Sleep* 32:1410-1411.
- Melzer, D., J. Buxton, and E. Villamil. 2004. "Decline in Common Mental Disorder prevalence in men during the sixth decade of life. Evidence from the National Psychiatric Morbidity Survey." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39:33-8.
- Merabet, L. B., R. Hamilton, G. Schlaug, J. D. Swisher, E. T. Kiriakopoulos, N. B. Pitskel, T. Kauffman, and A. Pascual-Leone. 2008. "Rapid and reversible recruitment of early visual cortex for touch." *PloSone* 3:e3046.
- Mesa-Lago, Carmelo. 2004. "Evaluación de un cuarto de siglo de reformas estructurales de pensiones en América Latina." in *Revista de la Cepal* 84. Santiago, Chile: CEPAL.
- 2004. "Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social." Santiago, Chile: CEPAL.

- 
- 2005. "Assessing the World Bank report Keeping the promise." *International Social Security Review* 58:97-117.
- Miller, G., E. Chen, and S. W. Cole. 2009. "Health psychology: developing biologically plausible models linking the social world and physical health." *Annual Review of Psychology* 60:501-24.
- Milligan, Kevin S. and David A. Wise. 2011. "Social Security and Retirement around the World: Historical Trends in Mortality and Health, Employment, and Disability Insurance Participation and Reforms - Introduction and Summary." National Bureau of Economic Research Working Paper Series No. 16719.
- Mirowsky, John and Catherine E. Ross. 2007. "Life Course Trajectories of Perceived Control and Their Relationship to Education." *American Journal of Sociology* 112:1339-1382.
- Moen, Phyllis and Kelly Chermack. 2005. "Gender Disparities in Health: Strategic Selection, Careers, and Cycles of Control." *Journals of Gerontology: SERIES B 60B (Special Issue II):99-108.*
- Moreno Segovia, Eva and Javier Miles Avello. 2003. "Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes." Santiago, Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Moskowitz, J. T., E. S. Epel, and M. Acree. 2008. "Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes." *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 27:S73-82.
- Mroczek, Daniel K. 2001. "Age and Emotion in Adulthood." *Current Directions in Psychological Science* 10:87-90.
- Mroczek, Daniel K. and David M. Almeida. 2004. "The Effect of Daily Stress, Personality, and Age on Daily Negative Affect." *Journal of Personality* 72:355-378.
- Mroczek, Daniel K. and Christian M. Kolarz. 1998. "The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness." *Journal of Personality and Social Psychology* 75:1333-1349.
- Mroczek, D. K. and A. Spiro, 3rd. 2005. "Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veterans affairs normative aging study." *Journal of Personality and Social Psychology* 88:189-202.
- Munnell, Alicia H. 2006. "Policies to Promote Labor Force Participation of Older People." in WP # 2006-2. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- Munnell, Alicia H., Mauricio Soto, and Alex Golub-Sass. 2008. "Will People Be Healthy Enough to Work Longer?" in WP# 2008-11. Chestnut Hill, MA: Center for Retirement Research at Boston College.
- NEF. 2011. "Measuring our progress: The power of well-being." United Kingdom: New Economics Foundation.
- Nguyen, H. T. and A. B. Zonderman. 2006. "Relationship between age and aspects of depression: consistency and reliability across two longitudinal studies." *Psychology and Aging* 21:119-26.
- OECD. 2008. "Mental Health in OECD Countries." France: Organization for Economic Cooperation and Development.
- OIT. 2008. "La reforma previsional en Chile y la contribución de la OIT." Santiago, Santiago: Oficina Internacional del Trabajo.
- Okun, Morris A., Robert W Olding, and Catherine M. G. Cohn. 1990. "A Meta-Analysis of Subjective Well-Being Interventions Among Elders." *Psychological Bulletin* 108:257-266.



- Ong, A. D. 2010. "Pathways Linking Positive Emotion and Health in Later Life." *Current Directions in Psychological Science* 19:358-362.
- Onrust, S. A. and P. Cuijpers. 2006. "Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review." *Aging & mental health* 10:327-34.
- ONS. 2011. "People asked to rate 'life satisfaction' as new well-being questions revealed." Newport, South Wales: Office for National Statistics.
- Oris, Michel, Catherine Ludwig, Anik de Ribaupierre, Dominique Joye, and Dario Spini. 2009. "Linked lives and self-regulation Lifespan - life course: Is it really the same?" *Advances in Life Course Research* 14:1-4.
- Ostir, Glenn V. 2000. "Emotional Well-Being and Subsequent Health, Functional Ability and Mortality in Older Non-Hispanic Whites, Blacks and Mexican Americans." The University of Texas Medical Branch, Galveston, TX.
- Ostir, G. V., I. M. Berges, M. E. Ottenbacher, A. Clow, and K. J. Ottenbacher. 2008. "Associations between positive emotion and recovery of functional status following stroke." *Psychosomatic Medicine* 70:404-9.
- Ostir, Glenn V., Kyriakos S. Markides, Sandra A. Black, and James S. Goodwin. 2000. "Emotional Well-Being Predicts Subsequent Functional Independence and Survival." *Journal of the American Geriatrics Society* 48:473-478.
- Ostir, G. V., K. J. Ottenbacher, and K. S. Markides. 2004. "Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect." *Psychology and Aging* 19:402-8.
- Oxley, Howard. 2009. "Policies for Healthy Ageing: An Overview." in No. 42. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Palloni, A. and M. McEniry. 2007. "Aging and health status of elderly in Latin America and the Caribbean: preliminary findings." *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 22:263-85.
- Paluck, Elizabeth L. and Donald P. Green. 2009. "Prejudice reduction: What works? A review and assessment of research and practice." *Annual Review of Psychology* 60:339-67.
- Pampel, Fred C., Patrick M. Krueger, and Justin T. Denney. 2010. "Socioeconomic Disparities in Health Behaviors." *Annual Review of Sociology* 36:349-370.
- Park-Lee, E., L. Fredman, M. Hochberg, and K. Faulkner. 2009. "Positive affect and incidence of frailty in elderly women caregivers and noncaregivers: results of Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures." *Journal of the American Geriatrics Society* 57:627-33.
- Pearlin, Leonard I. 1989. "The Sociological Study of Stress." *Journal of Health and Social Behavior* 30:241-256.
- Pearlin, L. I. 2010. "The life course and the stress process: some conceptual comparisons." *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 65B:207-15.
- Pescosolido, Bernice A., Brea L. Perry, J. Scott Long, Jack K. Martin, John I. Nurnberger Jr., and Victor Hesselbrock. 2008. "Under the Influence of Genetics: How Transdisciplinarity Leads Us to Rethink Social Pathways to Illness." *American Journal of Sociology* 114:171-201.
- Phelan, Elizabeth A., Lynda A. Anderson, Andrea Z. LaCroix, and Eric B. Larson. 2004. "Older Adults' Views of "Successful Aging"-How Do They Compare with Researchers' Definitions?" *Journal of the American Geriatrics Society* 52:211-216.



Pinquart, Martin. 2001. "Age Differences in Perceived Positive Affect, Negative Affect, and Affect Balance in Middle and Old Age." *Journal of Happiness Studies* 2:375-405.

- 2001. "Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis." *Psychology and Aging* 16:414-426.

Pinquart, Martin and Silvia Sorensen. 2000. "Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis." *Psychology and Aging* 15:187-224.

Population Reference Bureau. 2007. "Caregiver Health." in *Today's Research on Aging #10*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2007. "Cognitive Aging: Imaging, Emotion, and Memory." in *Today's Research on Aging #5*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2007. "Global Health and Population Aging." in *Today's Research on Aging #4*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2007. "Healthy Aging." in *Today's Research on Aging #1*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2007. "Trends in Disability at Older Ages." in *Today's Research on Aging #7*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2007. "Underweight, Undernutrition, and the Aging." in *Today's Research on Aging #8*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2008. "Obesity, Economics, and Health." in *Today's Research on Aging #13*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2008. "Older Workers and Retirement." in *Today's Research on Aging #12*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2008. "Socioeconomic Status and Health Disparities in Old Age." in *Today's Research on Aging #11*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2009. "Effects of Early Life on Elderly Health." in *Today's Research on Aging #16*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2009. "Social Security Systems Around the World." in *Today's Research on Aging #15*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

- 2009. "Social Support, Networks, and Happiness." in *Today's Research on Aging #17*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

Powell, K. E., A. E. Paluch, and S. N. Blair. 2011. "Physical activity for health: what kind? How much? How intense? On top of what?" *Annual Review of Public Health* 32:349-65.

Pressman, S. D. and S. Cohen. 2005. "Does positive affect influence health?" *Psychological Bulletin* 131:925-71.

Pressman, S. D., K. A. Matthews, S. Cohen, L. M. Martire, M. Scheier, A. Baum, and R. Schulz. 2009. "Association of enjoyable leisure activities with psychological and physical well-being." *Psychosomatic Medicine* 71:725-32.

Rasmussen, H. N., M. F. Scheier, and J. B. Greenhouse. 2009. "Optimism and physical health: a meta-analytic review." *Annals of*



- behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine 37:239-56.
- Read, Jen'nan Ghazal and Bridget K. Gorman. 2010. "Gender and Health Inequality." *Annual Review of Sociology* 36:371-386.
- Rechel, Bernd, Yvonne Doyle, Emily Grundy, and Martin McKee. 2009. "How can health systems respond to population ageing?" in *Policy Brief 10*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Richman, L. S., L. Kubzansky, J. Maselko, I. Kawachi, P. Choo, and M. Bauer. 2005. "Positive emotion and health: going beyond the negative." *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 24:422-9.
- Rocha, Roberto, DimitriVittas, and Heinz P. Rudolph. 2010. "The Payout Phase of Pension Systems: A Comparison of Five Countries." Washington, D.C.: The World Bank.
- Rodin, Judith. 1986. "Aging and Health: Effects of the Sense of Control." *Science* 233:1271-1276.
- Rofman, Rafael and Leonardo Lucchetti. 2006. "Pension Systems in Latin America: Concepts and Measurements of Coverage." in *SP Discussion Paper No. 0616*. Washington, D.C.: TheWorld Bank.
- Rojas, Mariano. 2011. "La Medición del Progreso y el Bienestar en América Latina." Ciudad de México: Foro Consultivo y Tecnológico.
- Rose, Geoffrey. 2001. "SickIndividuals and SickPopulations." *International Journal of Epidemiology* 30:427-432.
- Roy, B., A. V. Diez-Roux, T. Seeman, N. Ranjit, S. Shea, and M. Cushman. 2010. "Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)." *Psychosomatic Medicine* 72:134-40.
- Ruiz, Jose and Olivia S. Mitchell. 2010. "Pension Payouts in Chile: Past, Present, and Future Prospects." in *PRC WP 2010-19*. Philadelphia, PA: The Wharton School, University of Pennsylvania.
- RWJF. 2009. "Fas in Fat: How Obesity Policies ar Failing in America." Washington, DC: Robert Wood Johnson Foundation.
- RWJF Commission to Build a Healthier America. 2009. "Breaking Through on the Social Determinants of Health and Health Disparities." Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- Ryff, C. D., G. Dienberg Love, H. L. Urry, D. Muller, M. A. Rosenkranz, E. M. Friedman, R. J. Davidson, and B. Singer. 2006. "Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates?" *Psychotherapy and Psychosomatics* 75:85-95.
- Sánchez, Héctor. 2011. "La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y Propuestas." Santiago, Chile: Instituto Salud y Futuro, Universidad Andrés Bello.
- Sánchez Salgado, Carmen Delia, Imelda Orozco Mares, and Leonardo OnetoPiaze. 2010. "Análisis y Perspectivas de las Construcciones Sociales de la Vejez en Áreas Rural/Urbana de México, Chile y Puerto Rico." *Ageing Horizons* 9:3-18.
- Schafer, Markus H., Kenneth F. Ferraro, and Sarah A. Mustillo. 2011. "Children of Misfortune: Early Adversity and Cumulative Inequality in Perceived Life Trajectories." *American Journal of Sociology* 116:1053-1091.
- Scheibe, S. and L. L. Carstensen. 2010. "Emotional aging: recent findings and future trends." *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 65B:135-44.
- Schieman, Scott, Karen Van Gundy, and John Taylor. 2002. "The Relationship Between Age and Depressive Symptoms: A Test of



- Competing Explanatory and Suppression Influences." *Journal of Aging and Health* 14:260-285.
- Schnittker, Jason. 2008. "Diagnosing Our National Disease: Trends in Income and Happiness, 1973 to 2004." Philadelphia, PA: Department of Sociology, University of Pennsylvania.
- 2008. "Happiness and Success: Genes, Families, and the Psychological Effects of Socioeconomic Position and Social Support." *American Journal of Sociology* 114:233-259.
- Schnittker, Jason and Jane D. McLeod. 2005. "The Social Psychology of Health Disparities." *Annual Review of Sociology* 31:75-103.
- Schulz, James. 2009. "Lessons From Pension Reform in the Americas, by Stephen J. Kay and Tapen Sinha." *Journal of Aging and Social Policy* 21:112-118.
- Seligman, Martin E.P. 2011. *Flourish*. New York: Free Press.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2006. "Reforma Previsional: Protección para la vejez en el nuevo milenio." Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- Settersten Jr, Richard A. 2009. "It takes two to tango: The (un)easy dance between life-course sociology and life-span psychology." *Advances in Life Course Research* 14:74-81.
- Sheldon, Kennon M. and Tim Kasser. 2001. "Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span." *Developmental Psychology* 37:491-501.
- Siegrist, Johannes, Olaf von dem Knesebeck, and Craig Evan Pollack. 2004. "Social Productivity and Well-being of Older People: A Sociological Exploration." *Social Theory & Health* 2:1-17.
- Siegrist, Johannes and Morten Wahrendorf. 2009. "Quality of work, health, and retirement." *The Lancet* 374:1872-1873.
- Smith, Jacqui, Markus Borchelt, Heiner Maier, and Daniela Jopp. 2002. "Health and Well-Being in the Young Old and Oldest Old." *Journal of Social Issues* 58:715-732.
- Smith, James P. 2003. "Consequences and Predictors of New Health Events." in Working Paper 10063. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Smith, Kirsten P. and Nicholas A. Christakis. 2008. "Social Networks and Health." *Annual Review of Sociology* 34:405-429.
- Social, Asociación Internacional de Seguridad. 2010. "Informe Anual 2009-2010." Geneva, Switzerland: Asociación Internacional de Seguridad Social.
- Social Security Administration. 2011. "International Update: Recent Developments in Foreign Public and Private Pensions." in SSA Publication No. 13-11712. Washington, DC: Social Security Administration.
- Steinhauser, Karen E., Elizabeth C. Clipp, Maya McNeilly, Nicholas A. Christakis, Lauren M. McIntyre, and James A. Tulsky. 2000. "In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers." *Annals of Internal Medicine* 132:825-832.
- Stephens, A., J. Wardle, and M. Marmot. 2005. "Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 102:6508-12.
- Stevenson, Betsey and Justin Wolfers. 2009. "The Paradox of Declining Female Happiness." in Working Paper 14969. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Stiglitz, Joseph E., Amartya Sen, and Jean-Paul Fitoussi. 2009. "Report by the Commission on the Measurement of Economic



- Performance and Social Progress." Paris, France: Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.
- Subramanian, S.V., I. Delgado, L. Jadue, J. Vega, and I. Kawachi. 2003. "Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities." *Journal of Epidemiology and Community Health* 57:844-848.
- Subramanian, S. V., F. Elwert, and N. Christakis. 2008. "Widowhood and mortality among the elderly: the modifying role of neighborhood concentration of widowed individuals." *Social Science and Medicine* 66:873-84.
- Swedish National Institute of Public Health. 2006. "Healthy Ageing: A Challenge for Europe." Östersund, Swede: The Swedish National Institute of Public Health.
- Szinovacz, Maximiliane E. and Adam Davey. 2004. "Honeymoons and Joint Lunches: Effects of Retirement and Spouse's Employment on Depressive Symptoms." *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 59B:233-245.
- Teachman, B. A. 2006. "Aging and negative affect: the rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms." *Psychology and Aging* 21:201-7.
- Thaler, Richard H. and Cass R. Sunstein. 2009. *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. New York: Penguin Books.
- The Marmot Review. 2010. *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. United Kingdom: The Marmot Review.
- Thomas, P. A. 2010. "Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults." *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 65B:351-7.
- Torche, Florencia. "The Effect of Maternal Stress on Birth Outcomes: Exploiting a Natural Experiment."
- Tsenkova, V. K., G. D. Love, B. H. Singer, and C. D. Ryff. 2007. "Socioeconomic status and psychological well-being predict cross-time change in glycosylated hemoglobin in older women without diabetes." *Psychosomatic Medicine* 69:777-84.
- Turner, Jonathan H. and Jan E. Stets. 2006. "Sociological Theories of Human Emotions." *Annual Review of Sociology* 32:25-52.
- Turner, R. Jay. 2003. "The Pursuit of Socially Modifiable Contingencies in Mental Health." *Journal of Health and Social Behavior* 44:1-17.
- Uauy, Ricardo, Cecilia Albala, and Juliana Kain. 2001. "Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight." *The Journal of Nutrition* 131:893-899.
- Umberson, Debra, Robert Crosnoe, and Corinne Reczek. 2010. "Social Relationships and Health Behavior Across the Life Course." *Annual Review of Sociology* 36:139-157.
- Valdés, Salvador. 2006. "Memoria de la presentación al Consejo Asesor Presidencial para la Reforma Previsional." Santiago, Chile: Centro de Estudios Públicos.
- Valdés-Prieto, Salvador. 2009. "The 2008 Chilean Reform to First-Pillar Pensions." in CESifo Working Paper No.2520. Munich, Germany: Institute for Economic Research.
- Van Gundy, Karen and Cesar J. Rebellon. 2010. "A Life-course Perspective on the "Gateway Hypothesis"." *Journal of Health and Social Behavior* 51:244-259.

- 
- Veenhoven, Ruut. 2008. "Sociological theories of subjective well-being." Pp. 44-61 in *The Science of Subjective Well-being: A tribute to Ed Diener*, edited by G. Publications. New York.
- Vélez-Grajales, Viviana. 2008. "Reforms to an Individual Account Pension System and their Effects on Work and Contribution Decisions: The Case of Chile." in PRC WP2008-15. Philadelphia, PA: The Wharton School, University of Pennsylvania.
- Verbrugge, Lois M. and Alan M. Jette. 1994. "The disablement process." *Social Science and Medicine* 38:1-14.
- Vial, Joaquín and Angel Melguizo. 2008. "Moving from Pay as You Go to Privately Managed Individual Pension Accounts: What have we learned after 25 years of the Chilean Pension Reform?" in N° 0805. Santiago, Chile: BBVA Research.
- Villarreal Martínez, Mónica. 2005. "La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe." Santiago, Chile: CEPAL.
- Wallace, Steven P. 2000. "Medical care equity for older persons in Chile: the role of the insurance sector." *Cepal Review* 78:119-131.
- Warr, P., V. Butcher, and I. Robertson. 2004. "Activity and psychological well-being in older people." *Aging & mental health* 8:172-83.
- Watson, Jessica. 2011. "Narrowing World Health Disparities and Longevity." in A report from the International Longevity Centre Global Alliance dinner debate, Cape Town. London, UK: International Longevity Centre.
- Westerhof, Gerben J. and Anne E. Barrett. 2005. "Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany." *Journal of Gerontology: Social Sciences* 60B:129-136.
- Wharton, Amy S. 2009. "The Sociology of Emotional Labor." *Annual Review of Sociology* 35:147-165.
- Wheaton, Blair and Philippa J. Clarke. 2003. "Space Meets Time: Integrating Temporal and Contextual Influences on Mental Health in Early Adulthood." *American Sociological Review* 68:680-706.
- WHO. 1982. "Add Life to Years." France: World Health Organization.
- 2005. "Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions." Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Widmer, Eric D. and Gilbert Ritschard. 2009. "The de-standardization of the life course: Are men and women equal?". *Advances in Life Course Research* 14:28-39.
- Williams, Kristi and Debra Umberson. 2004. "Marital Status, Marital Transitions, and Health: A Gendered Life Course Perspective." *Journal of Health and Social Behavior* 45:81-98.
- Witt, David D., George D. Lowe, Charles W. Peek, and Evans W. Curry. 1980. "The Changing Association Between Age and Happiness: Emerging Trend or Methodological Artifact?" *Social Forces* 58:1302-1307.
- World Bank. 1994. *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*. New York, NY: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2002. *Active ageing: A policy framework*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wunder, Christoph, Andrea Wiencierz, Johannes Schwarze, Helmut Küchenhoff, Sara Kleyer, and Philipp Bleninger. 2009. "Well-Being over the Life Span: Semiparametric Evidence from British and German Longitudinal Data." Bonn, Germany: IZA.
- Xu, J. and R. E. Roberts. 2010. "The power of positive emotions: it's a matter of life or death--subjective well-being and longevity



over 28 years in a general population." *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 29:9-19.

Yang, Yang. 2008. "Social Inequalities in Happiness in the United States, 1972 to 2004: An Age-Period-Cohort Analysis." *American Sociological Review* 73:204-226.

Yang, Y. and L. C. Lee. 2010. "Dynamics and heterogeneity in the process of human frailty and aging: evidence from the U.S. older adult population." *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 65B:246-55.

Zheng, Bingwen, John B. Williamson, and Esteban Calvo. 2009. "Comparative Study of Social Security in China and Latin America: Traditional Culture and Institutional Arrangements—From the Point View of Enlarging the Coverage." *Journal of Latin American Studies* 31:3-12.

Zunzunegui, M. V., B. E. Alvarado, F. Beland, and B. Vissandjee. 2009. "Explaining health differences between men and women in later life: a cross-city comparison in Latin America and the Caribbean." *Social Science and Medicine* 68:235-42.

Zúñiga Fajuri, Alejandra. 2011. "Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE." *Revista de Derecho* 23:113-130.





“Nuestro gobierno ha querido hacer frente a esta nueva situación demográfica, por lo que es necesario poner mayor énfasis y mayor prioridad en prepararnos para acoger y atender mejor a nuestros adultos mayores”.

**Presidente Sebastián Piñera, 1 de octubre de 2013.**









Fono Mayor  
800-400-035  
[www.senama.cl](http://www.senama.cl)



**SENAMA**  
Ministerio de  
Desarrollo Social

Gobierno de Chile

ISBN: 978-956-8846-02-2



9 789568 846022